

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 148

DE LA
COMPRESSION PUBIO-MANUELLE

comme traitement
DES HÉMORRAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REURE

Né le 14 Mai 1875, à Amplepuis (Rhône),
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 148

DE LA
COMPRESSION PUBIO-MANUELLE

comme traitement
DES HÉMORRAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REURE

Né le 14 Mai 1875, à Amplepuis (Rhône),
Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-EDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD PONCET. JABOULAY. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales	{	
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie externe		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladie des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	M. CAUSSE, Docteur ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, *Président*; POLLOSSON (A.), *Assesseur*;
MM. BÉRARD et FABRE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

le Docteur **H. REURE**

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MA TANTE

A mon Père

A MA MÈRE

A mon Président de Thèse

M. LE DOCTEUR FOCHIER

Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Professeur de Clinique obstétricale.

IN THÈSE DE DOCTORAT

LA MÉDECINE DE MON GÉNÈRE

A MA FAMILLE

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de nous acquitter d'une dette contractée pendant le cours de nos études médicales : tous nos maîtres, dans les hôpitaux voudront bien croire que nous n'obéissons pas, en leur adressant ici l'expression de notre reconnaissance, à cette tradition qui veut que la première page d'une thèse soit consacrée à des formules plus ou moins banales de remerciements ; nous voudrions les persuader de la sincérité de nos sentiments et les assurer de tout notre respect.

M. le professeur Fochier, dont nous avons suivi avec un grand intérêt les leçons cliniques, a bien voulu nous confier ses idées sur ce mode de traitement des hémorragies après la délivrance ; si, malgré nos efforts, nous avons parfois trahi sa pensée, qu'il ne mette pas en doute notre bonne volonté pour mener à bien ce modeste travail.

Nous sommes vivement reconnaissant à M. le professeur Maurice Pollosson et à MM. les professeurs agrégés Rollet et Tixier de l'enseignement savant et pratique qu'ils nous ont prodigué pendant nos semestres d'externat dans leurs services de chirurgie.

Nous n'oublierons jamais les attrayantes et originales causeries au lit du malade de M. le professeur agrégé Devic ; nous nous félicitons d'avoir acquis nos premières notions médicales auprès d'un maître qui

sait rendre simples les plus délicats problèmes de la pathologie.

M. le Dr Garel, médecin des hôpitaux, s'est efforcé de nous enseigner des connaissances éminemment utiles en laryngologie ; qu'il veuille bien accepter le faible hommage de nos remerciements.

Nous ne saurions oublier la bienveillante sympathie que nous a toujours montrée M. le Dr Lyonnet, médecin des hôpitaux, et les services rendus dans une circonstance pénible.

M. le professeur agrégé Fabre a dirigé nos premières recherches dans ce travail avec l'amabilité dont il est coutumier : nous l'assurons de notre profonde gratitude.

Nous remercions également M. le Dr Plauchu, chef de clinique d'accouchements, des excellents conseils qu'il nous a prodigués pendant nos années d'étudiant.

Enfin, nous sommes heureux de pouvoir dire combien le commerce constant d'un excellent ami, d'Eugène Pallasse, interne des hôpitaux, nous a été précieux et souvent utile : qu'il reste persuadé de notre amitié, nous sommes assuré de la siennne.

J. R.

DE LA

COMPRESSION PUBIO-MANUELLE

comme traitement

DES HÉMORRAGIES APRÈS LA DÉLIVRANCE

L'un des accidents les plus redoutables que l'accoucheur soit appelé à combattre, soit au moment de l'accouchement, soit pendant ou après la délivrance est bien certainement l'hémorragie. Tant par sa soudaineté que par ses conséquences immédiates, cette terrible complication vient sans cesse hanter l'esprit de l'homme de l'art comme un spectre effrayant toujours prêt à apparaître, malgré tous les soins qu'il a mis à l'éviter.

Ayant suivi, en plusieurs occasions, toutes les péripéties d'un drame si émouvant, et, frappé des difficultés qu'offrait un traitement qui doit être à la fois énergique et rapide, nous avons accepté avec empressement d'exposer un nouveau procédé de traitement de ces hémorragies qu'a bien voulu nous confier M. le professeur Fochier.

Et tout d'abord, la quantité innombrable des moyens proposés et mis en pratique pour arrêter ce « déluge de sang » est bien une preuve que nul n'est parfait, qu'aucun ne peut répondre à la majorité des cas et que l'on peut, encore aujourd'hui, conclure comme le fai-

sait M. Mac Clintock au Congrès médical international de Londres en 1881 : « Le traitement à instituer en pareille circonstance est assez difficile à préciser et, malgré toutes les recherches, toutes les affirmations des uns et des autres, nous n'avons pas encore de méthode absolument irréprochable et qui puisse être formulée comme une loi¹. »

Il n'y a pas en obstétrique d'accident qui laisse moins de temps pour la réflexion et la consultation, et la vie de la femme dépend souvent de l'intervention prompte et immédiate de son médecin ; « l'existence de cette malade est subordonnée à sa décision rapide, à sa présence d'esprit, à son sang froid, à son expérience². » Il sait très bien que le moindre retard, la moindre hésitation peuvent être fatales ; il sait aussi que, le plus souvent, il est seul responsable. Une condition, avant tout, pour réussir, c'est d'agir vite. Aussi, en recommandant la compression pubio-manuelle aux patriciens, sommes-nous convaincu, non pas que nous ferons cesser leurs angoisses en face d'une hémorragie de la délivrance, même de moyenne abondance, mais que nous leur proposons un mode de traitement immédiat et très efficace, un moyen d'attente simple en même temps qu'un procédé de reconnaître la cause de l'hémorragie.

Nous passerons tout d'abord en revue les différentes thérapeutiques, autres que la compression externe de

¹ *Arch. de Tocologie*, 1881.

² Playfair, *Manuel théorique et pratique des accouchements*, 1879.

l'utérus, qui ont été employées, pour en faire une critique sommaire, laissant de côté le traitement général qui est le même pour toute hémorragie.

Mais la condition essentielle pour un traitement rationnel étant un diagnostic précis, nous consacrerons notre premier chapitre à établir ce diagnostic entre les hémorragies et nous limiterons ainsi notre sujet à l'étude de celles qui sont dues à l'*inertie* après la délivrance, comme étant les plus fréquentes et les plus graves ; nous verrons quelles sont les causes de cette inertie, qu'elle envahit souvent l'utérus, non pas dans sa totalité, mais qu'elle est localisée.

Abordant, au chapitre III, le traitement par la compression externe, nous ferons d'abord une simple revue chronologique des différents moyens employés pour pratiquer cette compression, puis nous en verrons les inconvénients.

L'étude de la compression pubio-manuelle terminera notre travail.

Nous publions enfin quelques observations que nous avons recueillies à la clinique d'accouchements de la Charité et où notre procédé a été employé. Nous n'avons pas cru devoir en multiplier les exemples ; d'ailleurs, cette manœuvre est employée si fréquemment à la clinique d'accouchements de Lyon, que les élèves chargés de prendre les observations, négligent souvent de la mentionner précisément à cause de son usage si constant.

CHAPITRE PREMIER

DE L'HÉMORRAGIE APRÈS LA DÉLIVRANCE DIAGNOSTIC. DE L'INERTIE UTÉRINE; SES CAUSES

1. **Diagnostic.**

Une femme vient d'être délivrée ; peu à peu, parfois brusquement, son visage pâlit, ses téguments se décolorent, son pouls devient faible et rapide, elle a des étourdissements, des vertiges, elle se plaint de nausées et de tendances syncopales, elle souffre des reins, elle a une soif vive : l'attention de l'accoucheur est de suite attirée par cet ensemble de symptômes qu'il redoute tant de voir survenir, et il y a de fortes présomptions pour qu'il y ait une hémorragie. — Disons aussi qu'il arrive parfois que la malade ne se plaigne pas, plongée qu'elle est dans cet état de torpeur qui suit ordinairement les violentes douleurs de l'accouchement.

Dès l'apparition de ces signes de faiblesse de l'état général, il faut de suite découvrir la femme, se rendre compte s'il s'écoule du sang par la vulve et porter la main sur l'hypogastre pour se renseigner sur l'état de l'utérus. Si la perte vient souiller le lit, pas de difficulté pour le diagnostic : l'hémorragie est externe ; le sang

reste-t-il, au contraire, à l'intérieur de la matrice ? il peut y avoir quelques hésitations à reconnaître une hémorragie interne. En tous cas, il est de la plus haute importance d'être exactement renseigné sur la source de l'écoulement sanguin.

La perte est externe. Toute l'étendue du canal génital peut donner lieu à ces hémorragies : périnée, vulve, vagin, col, plaie placentaire. Si toutes ne présentent pas la même gravité, toutes peuvent avoir néanmoins de redoutables conséquences.

L'hémorragie due à une déchirure de la vulve est d'un diagnostic facile : il suffit d'y penser ; il faudra examiner le périnée, la fourchette, écarter les petites lèvres, passer un tampon de ouate et porter son attention vers l'artère du clitoris et les plexus veineux qui avoisinent cet organe érectile.

Le diagnostic présente quelques difficultés de plus si l'écoulement est dû à une déchirure du vagin et du col : on fera usage d'un spéculum ou d'une valve après avoir débarrassé le vagin des caillots qui l'encombrent ; on pourra alors localiser l'endroit précis qui est la source de l'hémorragie ; une pince tire-balles sera quelquefois même nécessaire pour constater une déchirure au niveau du col.

Vulve, vagin, col sont intacts : l'hémorragie vient donc de l'utérus ; le palper abdominal viendra encore en apporter une certitude de plus à l'accoucheur : l'utérus s'élève, en général, un peu au-dessus de l'ombilic ; au lieu de percevoir le « globe de sûreté » que l'on est si heureux de sentir, on trouvera, soit un utérus mou, de consistance pâteuse dans toute son étendue,

en état d'inertie totale; soit, et nous reviendrons bientôt, un organe qui paraît bien contracté tout d'abord, mais qui, en certains points, présente de petites zones molles et dépressibles : ce sont des points d'inertie localisée notamment vers les cornes ou à la paroi postérieure.

Mais parfois la perte externe se fait goutte à goutte. Si la malade n'est pas surveillée avec assez de soin, l'hémorragie n'attire l'attention que fort tard, trop tard même : on soulève les couvertures, on ne voit qu'une tache de sang d'étendue restreinte et on n'y attache que peu d'importance; si le lit n'a pas été garni, le sang s'infiltre peu à peu à travers les matelas, et l'accoucheur, confiant dans son examen trop superficiel, s'abandonne à une sécurité trompeuse.

Il ne s'écoule pas de sang par la vulve, et la malade présente les symptômes généraux énumérés précédemment, c'est encore le palper qui fournira les signes de l'hémorragie interne : l'utérus, dans ce cas, peut présenter une mollesse telle qu'il devient difficilement perceptible à travers la paroi abdominale; en général, cependant, on le sent : le fond remonte beaucoup plus haut que l'ombilic, il peut même atteindre l'épigastre occupant ainsi toute la cavité abdominale, sous la forme d'une énorme tumeur, dépressible et rénitente : là, encore le muscle est en état d'inertie.

Enfin, l'hémorragie peut être mixte; les caillots s'accumulent alors dans le vagin. On s'en rend aisément compte en appuyant sur l'utérus, manœuvre qui les chasse hors de la vulve.

Tels sont, rapidement exposés, les signes de l'hémor-

ragie ; quelles sont les causes qui, après la délivrance pourraient égarer le diagnostic ? L'augmentation de volume du ventre pourrait être due à une vessie distendue outre mesure par l'urine : si l'on a le moindre doute à cet égard, une sonde renseignera de suite l'accoucheur qui devra demander également à la malade, depuis combien de temps, elle n'a pas vidé sa vessie. — Le météorisme abdominal sera éliminé après percussion. — Existe-t-il un deuxième enfant ? Un examen attentif de l'utérus en décèlera facilement la présence. Pourra-t-on, en présence des symptômes d'hémorragie, penser à une rupture utérine ? Mais cette redoutable complication a lieu, en général, pendant le travail, et la douleur qui l'accompagne est d'une telle violence alors, qu'elle ne peut échapper à la malade.

Supposons un placenta expulsé dans sa totalité et des membranes complètes, nous pouvons dire qu'une hémorragie venant de l'utérus, après la délivrance, est due à l'inertie de cet organe. Qu'est-ce donc que cette inertie ? Quelles en sont les causes ?

II. De l'inertie utérine. Ses causes.

L'utérus, après l'expulsion de son contenu, se repose un instant, puis il entre de nouveau en contraction. Cet état d'atonie momentanée, physiologique, ne dure que peu de temps ; c'est un repos, en quelque sorte nécessaire après la fatigue à laquelle il vient de se livrer ; mais bientôt l'utérus durcit, se contracte ; mais cette contraction n'est pas suffisante ; ce n'est pas là la chose importante ; ce qui rend l'utérus dur, d'une façon per-

manente, ce qui assure l'hémostase, la mise en jeu des « ligatures vivantes », c'est le phénomène de la rétraction du muscle utérin. C'est en vertu de cette rétraction que les fibres musculaires tendent constamment à revenir sur elles-mêmes ; « grâce à elle, les mille bouches vasculaires, béantes au moment où le placenta se détache, se ferment et restent closes par l'action des fibres qui les étreignent¹ » et chaque point de la paroi utérine tend à se rapprocher du centre de la cavité.

Mais le placenta est-il décollé et expulsé, si ces propriétés de rétraction et de contraction font défaut, le sang des sinus placentaires ne trouvant plus d'obstacle à son passage, s'écoulera : il y aura inertie utérine et cette hémorragie durera aussi longtemps que les fibres musculaires périvasculaires n'auront pas repris leurs propriétés et ne pinceront pas, pour ainsi-dire, les vaisseaux ouverts.

Tantôt cette inertie envahit le muscle dans sa totalité ; dans ce cas, l'utérus saigne dans toute l'étendue de sa surface interne, et alors, on est en présence d'un organe complètement mou, difficilement perceptible par l'hypogastre ; c'est alors aussi qu'il forme parfois, en se remplissant, cette énorme tumeur pâteuse qui occupe tout l'abdomen. Tantôt, et nous voulons insister sur ce point, cette inertie n'est que partielle, elle n'occupe qu'une portion limitée de la matrice : ces zones de ramollissement local semblent n'avoir attiré l'attention que de quelques auteurs ; mais surtout aucun ne parle de leur plus grande fréquence en certains points.

¹ Tarnier et Budin (t. iv, 1901).

LEROUX en fait mention quand il dit que la compression avec des serviettes, telle que la pratiquait Levret, ne pourrait être avantageuse que « dans le cas où on craindrait l'inertie partielle. »

SIMPSON, toutefois, a bien vu ce défaut de rétraction locale : « si j'en puis juger par mes propres observations, je ferais remarquer que la condition morbide que l'on voit le plus fréquemment correspondre à l'hémorragie *post partum* est un état d'irrégularité dans les contractions des différentes portions de l'utérus, et cela dans les différentes couches des fibres utérines, témoin la présence d'un ou plusieurs points de l'organe que l'on sent durs et contractés, tandis que les autres portions des parois sont molles et relâchées. »

Le Dr JOHN BURNS¹ dit qu'il a rarement introduit la main dans l'utérus sans rencontrer cette contraction irrégulière, que le placenta eut été expulsé ou non.

Dans la thèse de CONTAMIN², nous lisons : « L'inertie utérine peut même se localiser au point d'implantation du placenta et donner lieu à des hémorragies abondantes, alors que l'utérus paraît bien contracté. Engel, le premier, en 1840, signale deux de ces cas; après lui, Rokitansky en observe également deux exemples, Kivish et Valenta (*Decathéterisatio uteri*. Wien, 1871, p. 7) en ont rapporté des observations. Jacquemier (*Arch. gén. de méd.*, 1839) avait signalé cet accident qu'il explique par la moins grande quantité de tissu musculaire qui se trouve en ce point ».

¹ *Principles of midwifery*, 9^e édit. p. 543.

² Thèse, Paris, 1876.

PLAYFAIR en fait également mention : « Quelques portions du tissu musculaire se contractent fermement tandis que d'autres, souvent celles sur lesquelles est inséré le placenta, restent dans le relâchement. »

De même PÉLAPRAT dans sa thèse¹ : « L'inertie peut n'occuper qu'une partie de l'organe et particulièrement le lieu d'insertion du placenta. Dans ce cas, l'hémorragie peut être grave quoique l'utérus paraisse bien rétracté. »

Et BOUCHACOURT² « ... tantôt cette inertie est généralisée, c'est-à-dire appartient à tout l'organe, tantôt elle est partielle et existe dans certains points de son étendue, au fond, au niveau des trompes, ou vers l'une ou l'autre de ses faces antérieure ou postérieure. »

Mais, ce que nous n'avons trouvé mentionné nulle part, c'est le lieu d'élection de cette inertie partielle. Or, en parcourant les quelques observations que nous avons recueillies, nous voyons dans cinq d'entre elles ces zones ramollies localisées à la face postérieure du muscle ; c'est donc là que la plupart du temps il faudra les rechercher :

Dans l'observation I, on sent, en palpant l'utérus sur la face postérieure, une petite surface molle et dépressible de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Dans l'observation II, l'utérus paraît bien contracté, mais on arrive à percevoir une zone d'inertie locale à la partie inférieure de la face postérieure, large d'environ 4 centimètres.

¹ Thèse, Paris 1882.

² *Dictionnaire des Sc. médic.* — Article DÉLIVRANCE, 1882.

Dans l'observation IV, on trouve deux points ramollis : un de 3 centimètres au niveau du fond, le second vers la corne droite et un peu en arrière.

Dans l'observation V, c'est la face postérieure entière de l'utérus qui se déprime à la pression à la façon d'une large coupe.

Enfin dans l'observation VI, on perçoit une zone d'inertie en arrière, de 5 à 6 centimètres, entourée de deux ou trois points ramollis permettant seulement l'enfoncement de la pulpe des doigts.

Aussi peut-il arriver, en examinant trop superficiellement un utérus qui saigne, qu'on le trouve très dur, bien contracté et rétracté en avant et vers le fond ; si alors on n'a pas l'attention éveillée par la possibilité d'une inertie partielle de rétraction et localisée à la face postérieure, quelquefois assez bas, on ne sait à quoi attribuer la perte de sang : on ne pourra dans ce cas appliquer une thérapeutique rationnelle. C'est, en effet, on le sait depuis les statistiques de Ahlfeld et celles de Varnier, sur cette face postérieure, et au-dessus de la limite du segment inférieur, c'est-à-dire à 10 ou 11 centimètres de l'extrémité inférieure de l'utérus, qu'est située, dans la majorité des cas, la plaie placentaire, source ordinaire de l'hémorragie.

Donc, dans toute hémorragie après la délivrance, plongeons toujours la main en arrière de l'utérus en déprimant la paroi abdominale, examinons avec soin cette paroi postérieure de l'utérus dans le Douglas et nous y trouverons souvent la cause de la perte de sang. Cette manœuvre est d'ailleurs d'autant plus recommandable que, si la femme n'a pas une paroi abdominale

trop épaisse, on arrivera facilement ainsi jusqu'à la limite inférieure de « l'utérus contractile », jusqu'à l'anneau de Bandl qui marque la limite entre la région du corps, où la rétraction du muscle doit être complète, et le segment inférieur où l'amincissement des parois du canal cervico-utérin dénote une grande faiblesse, faiblesse physiologique, de son pouvoir rétractile¹.

Causes de l'inertie. — Ce défaut de rétraction, totale ou partielle, des fibres musculaires de l'utérus peut être dû à de nombreuses causes, dont, en dehors de la rétention de quelque cotylédon ou de fragments de membranes, nous citerons les principales.

Il est des femmes qui, à chacun de leurs accouchements, ont des hémorragies abondantes de la délivrance et nous en avons vu plusieurs exemples. C'est là, pourrait-on dire de l'inertie primitive : on l'a attribuée à la faiblesse générale des fibres musculaires lisses, à l'émotivité exagérée, à l'hémophilie, à un mauvais état général occasionné soit par une hygiène défec- tueuse, soit par une maladie chronique (anémie, tuberculose, mal de Bright, affection cardiaque).

On a incriminé : les accouchements lents et pénibles : à la suite d'un accouchement trop prolongé en effet, l'utérus, surmené et fatigué, ne se contracte plus et les vaisseaux restent béants (bassin rétréci, présentation vicieuse, périnée résistant) ; les accouchements trop souvent répétés ou trop rapides : « Dans ce cas, l'utérus surpris pour ainsi dire par l'évacuation brusque

¹ Voir thèse de Chéron, Paris 1899.

de son contenu reste inerte et l'hémorragie se produit » (Jacquemier); la distension excessive de la matrice soit par une grossesse gémellaire, soit par excès de liquide amniotique; ajoutons enfin une délivrance faite trop peu de temps après la sortie du fœtus et certaines causes plus rares telles que les tumeurs abdominales (kystes de l'ovaire) et utérines (fibromes, cancer); on a accusé également le chloroforme de provoquer l'inertie, mais seulement, croyons-nous, si on le donne trop longtemps ou à des doses massives.

CHAPITRE II

DES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS DE L'HÉMORRAGIE APRÈS LA DÉLIVRANCE AUTRES QUE LA COMPRESSION EXTERNE (ÉTUDE CRITIQUE)

Le nombre des moyens thérapeutiques employés contre l'hémorragie après la délivrance est infini : contentons-nous de passer en revue ceux qui sont actuellement en usage ; nous verrons que si tous ont du bon, si la plupart méritent d'être conservés, tous aussi ont des inconvénients, nul n'est exempt de reproches.

. On s'est tour à tour adressé :

1° A l'excitation du muscle utérin, excitation :

a) Soit directe : injection intra-utérine chaude, introduction de la main dans l'utérus, action du froid, faradisation.

b) Soit réflexe.

2° A des médicaments qui agissent sur la contraction utérine. Ergot. (Sulfate de quinine, opium).

3° On a enfin essayé de mettre un obstacle au cours du sang :

a) Soit avant son arrivée à l'utérus (compression de l'aorte).

b) Soit au niveau des vaisseaux divisés (tamponnement).

1. Excitation du muscle utérin.

A. *Injectons intra-utérines d'eau chaude.* — Absolument répudiées par les anciens accoucheurs, les injections chaudes sont maintenant acceptées par tous ; « les avantages qu'elles procurent sont immenses et nul ne songe à contester leur utilité » ; néanmoins, il serait téméraire de traiter de complètement chimériques toutes les craintes exprimées jadis. Trousseau, en 1864, écrivait : « Les injections intra-utérines ne peuvent être faites sans danger.

Et tout d'abord, il est rare que l'on emploie l'eau seule ; mais nous insisterons peu sur les cas d'intoxication ou sur les accidents, et ils sont nombreux, provoqués par tel antiseptique ou tel agent, styptique ou autre, que l'on met en suspension dans l'eau pour le porter à la surface interne de l'utérus.

Avec le bichlorure de mercure à 1/2000, plusieurs cas malheureux sont consignés dans les observations de Bartabel (1884), Stadfeldt (1884), Doléris, Netzel¹.

Un médicament a eu pendant quelque temps une certaine vogue : c'est le *perchlorure*, préconisé par Barnes² qui dit que « son emploi est un des plus grands progrès de l'art obstétrical » ; après toutes les polémiques auxquelles il a donné lieu en Angleterre et aussi en Allemagne, il a vécu et, de nos jours, il n'est plus guère d'accoucheurs qui en aient conservé l'usage dans

¹ Thèse de Faivre, Nancy, 1890.

² *The Lancet*, 1857, vol. II, p. 859.

leur pratique. Nombreux, en effet, sont les cas de mort provoqués par cet agent styptique (Schmitt, Herwitt, Stow-Beck, Bantock, Pletzer en 1892); Ringland, à la Société obstétricale de Dublin, en 1874, publiait onze cas mortels); plus nombreux encore les accidents de pyémie, embolie, phlébite, péritonite même.

Quant aux injections intra-utérines en elles-mêmes, elles ne sont pas non plus exemptes de reproches. Une statistique de Hoffmeier¹, concernant les accidents de ces injections faites après l'accouchement, nous donne les résultats suivants :

Après injection, accidents. . .	16 pour 100.
Pas d'injection	8 —

Quels sont donc ces accidents? Nous en trouvons les principaux bien résumés dans la thèse de Silvestre² où sont reproduites de nombreuses observations qu'il nous serait trop long de rapporter.

Pénétration du liquide dans les trompes. Malgré les expériences de Fontaines, celles de Delore (*Lyon médical*, 1896, p. 248) sur le cadavre, et qui concluent à la non-pénétration, l'accord n'est pas fait et nombre d'auteurs considèrent cet accident comme possible, quoique rare.

Pénétration d'air dans les veines, avec quelques cas suivis de mort. Les observations de Hervieux, Olshausen, avec autopsie en font foi.

Pénétration directe dans la circulation du liquide injecté par les sinus veineux; les sinus étant largement

¹ *Centralb. für Gynäk.*, 1880.

² Thèse Paris, 1892.

béants à cause de l'inertie, ils se prêtent fort bien, en effet, au passage du liquide dans la circulation, pour peu qu'il y ait le moindre obstacle à son retour.

Frissons et fièvre, se manifestant par une élévation de la température pouvant atteindre 39°5 et 40 degrés et se déclarant une heure après l'injection en moyenne (3 observations de Lucas-Championnière où le frisson cesse dès qu'on suspend l'injection, et 9 observations de Silvestre). C'est d'ailleurs un accident rare, peu grave et passager ; accident soit septique, soit plutôt, selon Silvestre, d'ordre nerveux réflexe, dû au contact de la sonde avec la muqueuse utérine, analogue en cela à la fièvre provoquée par le cathétérisme de l'urètre ?

Symptômes de péritonisme, tantôt consistant simplement en contractions douloureuses et passagères, tantôt avec un cortège de symptômes parfois inquiétants. Mais en somme accident d'un pronostic favorable.

Hémorragie. L'injection intra-utérine peut même provoquer l'accident qu'elle est destinée à combattre soit que l'on ait reproché au courant d'eau de déplacer les caillots et d'ouvrir ainsi les orifices vasculaires, soit que l'introduction de la sonde elle-même produise ce résultat. On a des observations où l'hémorragie attribuable à cette cause a été de 250 à 300 grammes.

Accidents hystéro-épileptiformes, Chez certaines femmes, à système nerveux très excitable, on a pu noter des contractions toniques et du délire, accompagnées

de troubles respiratoires et circulatoires, quelques douleurs très vives à l'hypogastre, le tout prenant fin d'ailleurs dès qu'on cessait l'injection.

Vertiges et syncopes qui n'offrent dans la plupart des cas que peu de danger. Toutefois, il convient de mentionner quelques observations où une syncope mortelle emporta la malade : Olshausen, Litzmann, Ingerslew, Vinkel, deux observations de Bar et une de Tarnier ; Bonvalot¹ cite plusieurs cas d'inhibition cardiaque mortelle dus à des injections intra-utérines chaudes après l'accouchement.

Outre ces accidents qui relèvent de l'introduction du liquide sous une certaine pression dans l'utérus, il est un inconvénient qui peut sembler facile à éviter, mais aussi qui peut aller à l'encontre du but que l'on se propose, d'arrêter l'hémorragie : *la température de l'injection doit être rigoureusement comprise entre 45 degrés et 50 degrés* ; assurément une main exercée ne s'y trompera pas (..... et c'est encore, croyons-nous, le meilleur des thermomètres). Si en effet elle est inférieure à 45 degrés, l'hémorragie loin de se tarir pourrait en être augmentée ; que si au contraire elle dépasse 50 degrés, l'inertie utérine réapparaît et, à l'appui de ce dernier fait, nous citerons l'expérience de Runge : après avoir mis à nu l'utérus d'un lapin, il y fait passer un courant d'eau à une température supérieure à 50 degrés ; l'organe se contracte bien tout d'abord, mais rapidement il

¹ Thèse Paris, 1892.

perd sa couleur pâle, anémiée, les vaisseaux se dilatent, le muscle devient flasque, il est en paralysie complète.

Ajoutons le danger *de l'infection*, peu à redouter, il est vrai, avec les précautions d'asepsie prises actuellement dans les maternités; mais un praticien peut-il toujours être sûr de l'asepsie dont il dispose? la canule elle-même ne peut-elle pas se souiller à son passage dans un vagin toujours plus ou moins contaminé?

Enfin ce même praticien, en face d'une hémorragie soudaine, qui réclame tout son sang-froid et l'oblige à rester constamment auprès de sa malade, pourra-t-il toujours obtenir d'un entourage, parfois peu expérimenté, souvent affolé, la présence d'esprit nécessaire pour accomplir cet acte si difficile : faire bouillir 1 ou 2 litres d'eau! Serait-il même bien secondé, que de temps perdu! que de longueurs pour préparer l'injection! et la malade saigne toujours. Aura-t-on aussi de l'eau bouillie froide pour ramener l'injection à la température voulue? Pas toujours. Rarement l'injection sera prête au moment précis où l'on en aurait besoin : ce n'est donc pas en somme un moyen thérapeutique immédiat pour arrêter l'hémorragie.

Mais on pourrait croire, après cette longue critique, que nous rejetons l'injection chaude, certes non, et, nous l'avons dit, c'est une des meilleures ressources qui soit entre les mains de l'accoucheur. D'ailleurs, la longue expérience du professeur Pinard qui s'est fait le défenseur de l'injection chaude, en est bien une preuve. A la clinique de Lyon également, elle garde toujours la première place parmi les procédés thérapeutiques en usage; on y emploie la formule de Tarnier :

Iode	3
Iodure de potassium	6
Eau.	1000

qui vers 48 degrés. peut être un peu diluée. Si l'utérus est vide, si la pression ne dépasse pas 60 centimètres, si l'on est certain de l'asepsie et de la température, si on dispose d'au moins 2 litres d'eau, si enfin on emploie la canule de Braun-Leiter, on en retirera les meilleurs avantages.

B. A côté de la chaleur, *le Froid* : on a fait des injections froides, on a introduit des morceaux de glace dans la cavité utérine en comprimant l'organe extérieurement. Mais, aux difficultés de se procurer de la glace sur le champ, et surtout de la glace dont on soit sûr de l'asepsie, vient s'ajouter encore ce fait que l'on sait que la contraction du muscle utérin, ainsi produite, n'est que passagère. M^{me} Lachapelle déjà signalait que « l'application du froid exposait les femmes à des réactions violentes et à des accidents inflammatoires » (lisez infectieux).

Les *injections chaudes et froides alternées* ne sont possibles que dans une clinique où l'on dispose d'un nombre d'aides suffisant.

C. *Excitation directe par l'introduction de la main dans l'utérus*. C'est bien certainement un moyen héroïque pour arrêter l'hémorragie : d'une part, la présence du poing comprime les sinus veineux ouverts,

et de plus les mouvements qu'on lui imprime met en jeu la contractilité du muscle.

Assurément, si une première fois on a été obligé de mettre la main dans la matrice, soit pour faire une délivrance artificielle, soit pour extraire des cotylédons placentaires ou des débris de membranes, si enfin on est bien certain de ne pas s'être souillé la main une première fois aseptisée, si alors l'hémorragie continue, pas de doute à avoir : réintroduisons la main. Mais le placenta est complet, les membranes sont intactes, l'utérus volumineux ne renferme que des caillots, pourquoi exposer la femme à des chances sérieuses d'infection, alors que l'expression utérine seule suffit souvent à les expulser ?

En supposant, en outre, que l'on puisse parvenir à une asepsie parfaite de la main, que de conditions à remplir avant d'arriver à ce résultat, et qui demandent un temps précieux : ongles courts, savonnage et brossage pendant plusieurs minutes, lavage à l'alcool, au sublimé : toutes conditions bien difficiles et bien longues à réaliser pour le praticien, et encore restera-t-il toujours un doute dans son esprit : ne se serait-il pas infecté la main pendant son passage dans le vagin ? il ne sera rassuré sur le sort de sa malade que lorsque le thermomètre lui aura montré qu'en somme il a eu de la chance de ne pas l'infecter.

Enfin, est-ce un bien un procédé certain de réveiller la contraction utérine ? Dans la *Gazette des hôpitaux* (4 sept. 1875), Duchenne rapporte trois observations d'hémorragies intra-utérines après l'accouchement où il extrait les caillots avec la main : dans la première,

malgré cette introduction trois fois répétée, avec frictions internes et compression mixte, la malade meurt; dans les deux autres, il met deux fois la main dans la cavité utérine et l'hémorragie ne s'arrête qu'après le temps nécessaire à l'action de l'ergot et l'emploi de moyens accessoires : affusions froides, compression, massage. Il conclut alors que « chez les femmes faibles, pâles, exsangues, il faut s'abstenir d'introduire la main dans l'utérus pour extraire les caillots et pour le comprimer ». De même, le professeur Bouchacourt dit avoir échoué trois fois chez des malades de sa clientèle; et dans deux de nos observations (obs. IV et VI), la contraction cessait dès qu'on retirait la main de l'utérus.

Bishop¹ reproche au poing dans l'utérus de laisser le sang s'accumuler entre les parois du muscle et les interstices des doigts de l'accoucheur, tous les vaisseaux ne pouvant être obturés. On a pu encore observer exceptionnellement des embolies gazeuses par pénétration d'air dans les sinus.

Enfin, aux lésions que l'on peut provoquer, déchirures du vagin, du col, aux résistances parfois assez grandes, rares il est vrai, que l'on éprouve par le fait de contractions spasmodiques du col, il faut ajouter les douleurs souvent violentes occasionnées par cette manœuvre. Aussi n'acceptons-nous pas les conclusions de M^{me} Gacches-Sarrantes² qui, dans tous les cas, a recours à ce procédé; ni celles de Tarnier, malgré sa longue pratique et sa longue expérience qui n'admet-

¹ *The Lancet*, 1896, p. 1215.

² *Semaine médicale*, 1890.

³ Thèse Paris, 1881,

fait pas « qu'on pût penser à faire quoi que ce soit avant d'avoir vidé l'utérus avec la main ».

D. On a également employé l'*électricité* sous forme de courants faradiques ou interrompus plus ou moins fréquemment. Radfort et Tripier l'ont préconisée les premiers ; Tanguy dans sa thèse, M^{me} Junck ont publié plusieurs observations de faradisation sacro-utérine : on note même un succès dans un cas où tout avait échoué. Malgré cela, nous ne dirons pas avec Tripier qu'il ne faudrait « jamais faire un accouchement sans le terminer par une séance de faradisation car, si l'on dispose d'une pile, ce qui est rare, sera-t-elle jamais prête au moment opportun ? On sait, d'ailleurs, que son emploi ne s'est pas généralisé, les insuccès étant véritablement trop fréquents.

Enumérons simplement les moyens qui font appel à l'excitation réflexe de l'utérus : titillation du col, tampon vaginal, irritation du mamelon, traction des poils du pubis... (!) ; sinapismes soit sur la face interne des cuisses, soit entre les deux épaules ; pulvérisations d'éther, compresses froides et affusions froides ; mais, comme le veut Bishop, attention au lit de la malade mis dans l'eau et à la pneumonie qui suivra.

II. Médicaments agissant sur la contraction utérine.

Comme médicament agissant sur la contraction du muscle utérin, le plus usité, le seul même usité encore

de nos jours est l'*ergot*. — « Si je n'avais pas l'*ergot*, disait Dubois, je renoncerais à faire des accouchements. » Il est bien certain que l'efficacité de l'*ergot* est acceptée de tous et que, sauf M. Pinard et quelques membres de son école, tout praticien lui réserve une place dans sa trousse. Employé par la voie buccale à la dose de 1 gramme, soit mieux en injection sous-cutanée (1 gramme d'*ergotine* Lamanthe, 2 grammes d'*ergotine* Yvon, ou VI gouttes d'*ergotinine* Tanret), son action sur la fibre musculaire lisse de l'utérus est indéniable.

Si la discussion soulevée à la session de 1892 de la Société obstétricale de France par Queirel (de Marseille) s'est terminée par le vote d'une résolution qui, en apparence, est favorable à l'*ergot* après la délivrance, il n'est pas difficile, en lisant le compte rendu, d'apercevoir que ce médicament a été bien faiblement défendu « et que ses défenseurs eux-mêmes, en particulier, le professeur Gaulard (de Lille) et Salmon (de Chartres) ne semblent le considérer comme indiqué que si les circonstances et le milieu où l'accoucheur agit empêchent absolument de recourir à d'autres moyens.¹ »

Tout d'abord son emploi ne peut être considéré comme un moyen immédiat d'arrêter l'hémorragie par la cessation de l'inertie qu'il combat : son action ne se manifeste en effet, d'après Prescott que de 10 à 15 minutes après son ingestion — l'utérus étant vide. — L'accord est fait à ce dernier point de vue : l'utérus doit être vide ; l'*ergot* favorise en effet la rétention de tout

¹ Thèse de Candé, Bordeaux, 1892.

corps contenu dans sa cavité, qu'il s'agisse du placenta, de débris de membranes ou de caillots : d'où hémorragie secondaire, d'où aussi souvent infection. Mais est-on toujours sûr que l'utérus est vide ? peut-on l'être même ? assurément, par l'examen du délire, le diagnostic sera facile si c'est un cotylédon placentaire ou de débris importants de membranes ; mais, dit M^{me} Gacches-Sarrantes² « il reste toujours quelque chose qui s'élimine avec les lochies » ; trop radicale, elle le rejette complètement et nous ne l'approuvons pas.

A ces inconvénients, en quelque sorte locaux, viennent s'en ajouter d'autres dus à l'action de l'ergot sur l'organisme : il est souvent mal supporté par l'estomac et peut provoquer des vomissements, inconvénient évité il est vrai par les injections. On a observé aussi des cas d'anémie du cerveau, suivis du retour de l'inertie et de syncope d'autant plus inquiétantes que la malade y est déjà prédisposée par l'hémorragie. Sur le système nerveux, et chez des femmes particulièrement sensibles à son action, il agit en produisant une sensation d'engourdissement, puis des crampes et des vertiges.

On comprend donc que, tout en reconnaissant la réelle valeur de ce médicament, tout en continuant à l'employer comme un des meilleurs moyens secondaires, pourvu que les flacons aient moins de six mois, nous nous adresserons à des procédés plus rapidement efficaces et d'une action plus certaine.

Nous ne nous arrêterons guère à la pratique de cer-

² *Loc. cit*

ains accoucheurs américains et anglais, Smellie en particulier, qui conseillent la teinture d'*opium* comme moyen préventif et curatif : il est difficile en effet de comprendre comment l'opium, puissant sédatif de la contraction des muscles lisses, puisse agir d'une façon favorable contre l'inertie utérine.

De même, le *sulfate de quinine* est complètement abandonné à l'heure actuelle, après les recherches cliniques de Tarnier et Pinard, malgré les résultats heureux rapportés par Pinard, Monteverdi et surtout Maïsse¹ dans sa thèse sur « l'Inertie utérine et son traitement par le sulfate de quinine. »

III. **Obstacle au cours du sang.**

On a voulu, pour arrêter l'hémorragie, mettre un obstacle au cours du sang, soit avant son arrivée dans l'utérus, soit au niveau des vaisseaux ouverts dans sa cavité : d'où la compression de l'aorte et le tamponnement.

A. — *La compression de l'aorte* contre la colonne vertébrale, soit en déprimant la paroi abdominale, soit à travers l'utérus¹, est sans conteste un moyen d'attente très rationnel et bien tentant : la source qui alimente la perte de sang n'est-elle pas en effet tarie ? Et, comme le disait Chailly-Honoré « la main qui comprime l'aorte est une main secourable qui retient la victime au bord

¹ Séjournet, *Ann. de Gynéc.*, 1888.

du précipice. » D'accord ! mais ne vaudrait-il pas mieux supprimer en même temps la cause qui conduit cette victime au précipice ? c'est-à-dire s'attaquer en même temps à l'inertie. Or, c'est précisément ce que la compression de l'aorte semble ne pas devoir faire ; tout au moins l'excitation des plexus aortiques est-elle problématique.

Cruveilhier, Fergusson, Bishop¹ ont comparé l'utérus saignant à un membre amputé : on comprime l'artère principale en attendant que les ligatures soient faites ; fort bien ! mais qu'ils n'aillent pas assimiler la pince hémostatique ou le catgut aux « ligatures vivantes » de l'utérus. Du moment que par une seule et même manœuvre, on peut et supprimer l'hémorrhagie et mettre en jeu les « ligatures vivantes », pourquoi ne pas l'employer ?

Et, de plus, supprime-t-on bien ainsi tout le sang qui peut s'échapper ? Jacquemier, adversaire déclaré de la méthode, admet que l'hémorrhagie est surtout veineuse et qu'ainsi l'accoucheur comprimant l'aorte est sans action sur elle ; comprime-t-on en même temps la veine cave ? la congestion de l'utérus en est augmentée, la stase de ses veines est plus considérable. En tous cas, ajoute Jacquemier, l'anémie du viscère n'est pas complète, car jamais les artères utéro-ovariennes, dont l'origine sur l'aorte est très élevée, ne sont comprimées : il est vrai qu'elle sont de très petit calibre et que, dans l'observation de Chailly lui-même, celle de Bonnet (de Poitiers) où la compression de l'aorte n'ar-

¹ *The Lancet*, 1896, p. 1215.

rêta pas l'hémorragie, elles fournissaient peu de sang à l'utérus.

Ajoutons la difficulté quelquefois grande, d'atteindre l'aorte à travers une paroi abdominale surchargée de tissu adipeux ou infiltrée, la douleur souvent violente provoquée par l'irritation des plexus solaire, épigastrique, mésentérique qui entourent l'aorte.

Enfin, il faut quelquefois attendre longtemps (M. Séjournet, une heure ; Grynfeldt, deux heures) avant la cessation de l'inertie ; or la manœuvre est fatigante et ne peut être continuée longtemps par l'accoucheur lui-même : un aide inexpérimenté pourra-t-il le suppléer sans inconvénient ?

Mais hâtons-nous de dire que la compression de l'aorte reste, pour les hémorragies graves et soudaines, une puissante ressource momentanée et, une fois la malade en sûreté, on pourra alors employer les moyens secondaires et ceux qui réclament un certain temps pour les mettre en pratique. C'est donc un expédient immédiat, mais temporaire.

B. Le *Tamponnement intra-utérin*, au contraire, serait un moyen définitif d'arrêter l'hémorragie ; mais que de temps pour le faire ! et que de précautions pour le bien faire ! C'est bien à lui surtout qu'on pourrait adresser tous les reproches que nous avons faits, soit à l'injection chaude, soit à l'introduction de la main dans l'utérus au point de vue des dangers de l'infection : il n'est applicable, dans de bonnes conditions, que dans un service hospitalier.

Tarnier se prononce formellement contre cette pra-

tique : « C'est, dit-il, remplacer le placenta ou les caillots par un autre corps étranger. » — On lui a reproché aussi d'empêcher les contractions et de s'opposer à la rétraction tonique de l'utérus ; il ne peut agir que mécaniquement. Si on opère dans un organe déjà infecté — et le sait-on jamais ! — il peut s'imprégner de produits septiques qui deviennent rapidement toxiques et qui, malgré le peu de temps qu'on le laisse en place, pénètrent rapidement dans l'organisme. Vient-on à l'enlever ? même avec toute la douceur possible, il y a toujours une certaine adhérence avec la paroi utérine, il se produit toujours des frottements qui, enlevant les thrombus formés, pourront provoquer une nouvelle hémorragie.

Comment enfin apprécier exactement la quantité de tampons à introduire, la pression qu'il convient de leur imprimer ? Si le tamponnement n'est pas suffisamment serré, il y aura un suintement sanguin ; s'il l'est trop, il sera douloureux, à tel point parfois que les malades nous supplient de les délivrer ; il comprimera le rectum, et aussi la vessie, obligeant ainsi à l'évacuer.

A-t-on une malade nerveuse, indocile ? l'anesthésie peut être obligatoire. Enfin, malgré les nombreuses observations favorables de Dürrhsen (1887) et les 200 cas heureux publiés par Auvard, on peut encore lui faire le reproche de ne pas être absolument hémostatique (citons entre autres les deux faits publiés par d'Haussey ¹). Nous avons également un cas de mort dû

¹ Thèse, Paris 1892.

à l'infection, par la gaze iodoformée employée (Andry, *Lyon médical*), un second cas mortel où le tamponnement a été expulsé dans le vagin (*Born. Centralbl. f. Gynäk*).

Concluons donc que le tamponnement intra-utérin n'est praticable que dans une maternité et pour combattre les hémorragies persistantes et peu abondantes; « qu'on ne doit enfin l'employer, comme le veut Velpeau, qu'après avoir constaté l'insuffisance des autres modes de traitement » et dans quelques cas de placenta inséré très bas. Il suppose du temps, des aides et de la force chez la malade.

Inutile de nous appesantir sur des procédés complètement abandonnés de nos jours, tels que l'introduction dans la cavité utérine d'une vessie (Rouget), de l'appareil à double vessie de Slyman (*Gaz. méd. de Paris* 1849), du double ballon de Chassagny, du métro-pléter de Nessing.

Ainsi, de toutes les méthodes que nous venons de passer en revue, aucune ne remplit complètement les conditions désirables pour une bonne thérapeutique : agir vite, sans danger d'infection, combattre l'inertie de la matrice.

CHAPITRE III

DE LA COMPRESSION EXTERNE DE L'UTÉRUS. HISTORIQUE. INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTES MÉTHODES.

I. **Historique.**

Une complication aussi fréquente et aussi grave que l'hémorragie après l'accouchement ne pouvait certainement pas échapper à l'attention des accoucheurs de tous les temps, mais, si tous nous les voyons s'occuper de ces pertes de sang, si quelques-uns proposent des traitements dont plusieurs nous font sourire aujourd'hui, il en est relativement peu dans le nombre qui aient eu recours à la compression de l'utérus exercé de l'extérieur.

Il paraît même étrange, alors que la délivrance artificielle était sinon souvent mortelle, du moins entraînait si fréquemment des accidents puerpéraux, il paraît étrange que l'on n'ait pas, alors que le procédé était connu, employé d'une façon plus systématique un moyen apparemment si simple. Avant la révolution bienfaisante qui donna un nouvel essor à l'art des accouchements par l'application de la méthode antiseptique à l'obstétrique — il y a quelque trente ans — l'in-

troduction de la main de l'accoucheur, d'un corps hémostatique, d'une simple canule à injection même, dans la cavité utérine était jugée et était en réalité d'une gravité exceptionnelle. Que de septicémies à l'actif des praticiens, d'ailleurs bien involontaires coupables ! Que d'infections dans les maternités d'alors ! On s'étonne, en face de tels résultats, qu'on n'ait pas érigé en principe un traitement moins meurtrier et qui semble-t-il, aurait dû se présenter à l'esprit de tout accoucheur. Un vaisseau, une surface quelconque saignent-ils ? on fait de la compression ; n'est-ce pas là une loi immuable ? Enfin, d'autre part, on savait que la pression sur l'utérus était le meilleur traitement de l'inertie.

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre de l'histoire, passer en revue tous les traitements proposés contre les hémorragies de la délivrance ; outre que l'énumération en serait fastidieuse, nous sortirions de notre sujet. Qu'il nous suffise ici d'énumérer simplement et sans commentaire, les divers auteurs qui ont employé la compression externe de l'utérus, quelle que soit la façon dont cette compression ait été comprise et pratiquée ; aussi, dans cet exposé, ne ferons-nous la plupart du temps, que transcrire fidèlement les citations que nous ont fournies nos recherches dans la littérature obstétricale.

Les Grecs avaient, au sujet de ces hémorragies, des connaissances assez exactes. Hippocrate (Velpeau) pratiquait la délivrance artificielle et recommandait de placer un bandage serré autour du ventre de la nouvelle accouchée ; ne connaissait-il pas même l'inertie uté-

rinc? on le voit, en effet, introduire une grenade dans l'utérus.

A Rome, on copie Hippocrate et, pendant dix siècles, on ne constate aucun progrès dans l'art des accouchements ; toutefois Celse prescrit d'introduire deux doigts dans l'utérus pour extraire les débris placentaires ou les caillots.

Les médecins arabes enfin, limités dans leurs recherches par les prescriptions rigoureuses du Coran, ne font faire aucun pas à la science obstétricale, même le fameux Alkababel, c'est-à-dire « le médecin des femmes », autrement dit Paul d'Egine.

GUILLAUMEAU, le premier, décrit les causes de l'inertie et ses observations sont copiées par la plupart de ses successeurs : Peu, Portal, MAURICEAU lui-même¹ ; ce dernier, en 1693, dit « qu'on doit bien se garder de serrer le ventre de la femme avec un bandage, ni avec aucune compresse posée dessus, car en comprimant la matrice le mal en serait augmenté ».

Il faut aller dès lors jusqu'en 1759 pour trouver une première tentative de pression sur l'utérus, encore Puzos, dans son *Traité des accouchements*, a-t-il soin d'ajouter une *pression légère* : « S'il y avait une hémorragie, dit-il, il faudrait faciliter la contraction de la matrice en appuyant légèrement sur le ventre afin de lui faire retrouver son ressort. »

Dix ans plus tard, en 1770, avec un peu plus de précision, LEVRET recommande « de faire des frictions douces et légères avec les mains sur le ventre, en le

ramenant pour ainsi dire de derrière devant, et en y appliquant aussitôt des serviettes trempées dans du vinaigre qu'on maintiendra par le moyen d'un bandage de corps médiocrement serré ».

C'est à Dusse¹, chirurgien accoucheur à Paris, que LEROUX (1776) attribue l'idée première « de la compression du corps de la matrice, découverte très utile pour arrêter les pertes de sang après l'accouchement » ; puis, rejetant lui-même les serviettes et le bandage de Levret, il pose nettement la question de la compression manuelle : « Il me semble, dit-il, que cette compression (telle que la pratiquait Levret) ne pourrait être avantageuse que dans le cas où on craindrait l'inertie partielle ; et alors ne serait-il pas plus sûr et plus simple d'appliquer les deux mains sur le ventre, de saisir la tumeur utérine et de la maintenir en la comprimant convenablement, sans remuer, dans le degré de resserrement où elle s'est trouvée immédiatement après la sortie du délivre ou l'extraction des caillots ? On s'opposerait, par ce moyen, plus efficacement à la dilatation qui est la suite du relâchement où tombe la matrice après la contraction et qui favorise l'accumulation de sang dans sa cavité... cette manœuvre, ajoute-t-il, serait dangereuse si la matrice était déprimée ou attaquée d'inertie complète. » Il rapporte plusieurs faits d'un chirurgien qui emploie cette méthode avec succès.

CHEVREUL, en 1782, donne la préférence au tampon vaginal aidé de la compression externe : « Lorsque la

¹ Académie des sciences, année 1722.

perte de sang est due à l'inertie de la matrice, il faut la comprimer aussitôt avec force au-dessus du pubis, la frotter en tous sens, la pincer même à travers les enveloppes du bas-ventre... » Et plus loin : « Pendant que le chirurgien applique des tampons à l'orifice de la matrice et dans le vagin, il fait comprimer ou comprime avec force la matrice au-dessus du pubis avec les deux mains afin d'empêcher le sang de s'y accumuler ; cette précaution nous paraît même des plus essentielles. »

MILLOT, lui, en 1809, comprime également l'utérus, mais fait jouer le plus grand rôle au caillot ; il avait, d'ailleurs, une confiance illimitée en cette compression qu'il propose réellement d'une façon plus formelle et dont il parle avec enthousiasme : « J'ai vu non seulement l'inutilité des astringents mais leurs dangers ; c'est ce qui me détermina, en l'an VI, à publier les moyens par lesquels je les ai remplacés, moyens qui m'ont toujours si bien réussi que je suis le seul peut-être qui puisse hardiment se flatter de n'avoir laissé mourir aucune femme par les hémorragies utérines pendant quarante-cinq ans de pratique dans cette partie de la médecine. » Voici son procédé : « Dans les cas de pertes qui sont la suite de l'atonie de l'utérus, il est un usage que la nature fournit et met sous la main de l'accoucheur, c'est le caillot qui se forme assez naturellement et qu'il faut faire former dans l'utérus, et, bien loin de l'extraire et de vider la matrice, comme l'ont recommandé les auteurs, je le comprime en barrant la matrice en tous sens avec des serviettes imbibées de vinaigre. — La compression est l'ancre du salut. — En comprimant ce caillot, je ferme par ce

moyen tous les vaisseaux qui l'alimentent encore ; je lui donne plus de consistance... Lorsque je suis certain que l'écoulement de l'utérus n'est que l'expression du caillot, je le contiens avec trois ou quatre serviettes dont la première doit être imbibée de nouveau vinaigre et je serre la bande de ventre... J'aime à rendre hommage au mérite de Levret qui, le premier, parla du bandage *mollement* serré, et, quoique son moyen ne fût pas parfait, c'est bien à lui que je dois la meilleure idée que j'ai eue, car sans son conseil de « légère compression », qui sait si elle me fût venue à l'esprit, puisqu'elle n'était encore entrée dans aucune tête ». Puis, pour terminer son long article, il pose comme conclusion que « lorsqu'on ne peut avoir de promptes contractions, il faut sans délai opérer une bonne compression ».

En 1821 paraît le *Traité des accouchements* de M^{me} LACHAPELLE ; mais nulle part on n'y trouve mentionnée la compression externe de l'utérus employée seule. Ce n'est qu'après tamponnement du vagin, dans les hémorragies ayant résisté à tous les traitements, qu'elle comprime la matrice pour s'opposer à l'épanchement intérieur du sang dans sa cavité ; « Je la saisissais alors dans le moment de sa contraction et à travers les parois abdominales, je la contenais fortement serrée entre mes mains. J'ai plusieurs fois réussi de cette façon, après plusieurs heures de patience, à rendre la vie à des femmes dont l'état semblait désespéré.

DEUBEL¹ ne donne à la compression externe qu'un intérêt purement historique ; c'est ainsi qu'il cite le

¹ Thèse, Strasbourg 1834.

nom de Stoltz qui « souvent a arrêté des pertes opiniâtres en serrant la matrice contre le côté droit du bassin ¹ » et celui de Hüter qui « parle d'un moyen dont il s'est servi avec avantage, c'est un sac rempli de sable et placé sur l'hypogastre ».

BAUDELOQUE, en 1835, dans sa fameuse observation CXVII si souvent citée, raconte la consultation qu'il eut avec Deneux auprès d'une malade qui avait une perte de sang très abondante et si tenace que les frictions, la main dans l'utérus, des glaçons sur le ventre, deux citrons pelés, des injections froides de vinaigre et d'eau-de-vie n'eurent aucun résultat : « C'était un jour de fête et la foule était animée des intentions les plus hostiles à notre égard... Deneux eut l'heureuse idée d'appliquer l'une contre l'autre les deux parois de la matrice à l'aide d'une serviette pliée en plusieurs doubles, appliquée sur l'hypogastre et soutenue par un bandage de corps serré. Ce moyen suspendit complètement l'écoulement de sang. »

A qui donc en somme attribuer cette pression sur l'utérus par des compresses et un bandage de ventre ? Cette question paraît avoir divisé les accoucheurs d'alors et VELPEAU, en 1835, semble la mettre au point : « M. Dennisson qui la décrivait en 1784 ou 1785, M'Hill, qui dit en faire usage depuis un demi-siècle, n'ont point empêché M. Walford de la revendiquer contre M. Searle, en faveur de Ramsbotham et Davis. Mais, ainsi que le remarque M. Lannyon, l'idée en est

¹ Le même procédé a été employé par Hubbard (*Americ. J. of. med. s. c.* 1871, p. 379)

si peu nouvelle qu'elle se trouve dans Paré et que, Leroux, qui la fait remonter à Dassé, Puzos, Levret, parle d'un chirurgien de Dijon qui l'avait conseillée. Millot, qui croyait l'avoir inventée, soutient l'avoir mise en pratique dès 1773 en présence de la sage-femme. Leroy, en avoir publié des succès en 1778, que, sans elle, le tampon de Leroux ne réussit point et que la compresse carrée ou « carreau », qu'il préfère, doit être imbibée de vinaigre avant d'être appliquée sur l'hypogastre. Plus loin, Velpeau ajoute simplement que cette compression exercée en divers sens sur l'hypogastre n'est pas à dédaigner.

L'année suivante RATIER¹ lui aussi semble en revendiquer la paternité : « ... tout semblait désespéré, lorsque j'imaginai d'établir sur le ventre une compression capable d'appliquer l'une sur l'autre les deux faces internes de la matrice et de s'opposer ainsi à l'effusion du sang... Nous tentâmes en effet cette voie de salut : Une serviette pliée en tampons de quatre pouces carrés fut posée sur l'hypogastre, une autre pliée un peu plus largement fut posée par-dessus et successivement de manière à former une sorte de coin. Un bandage de corps bien serré sur le tout fut encore consolidé par une longue bande dont on fit plusieurs tours autour du ventre et dont plusieurs jets passèrent sous l'une ou l'autre cuisse : le sang cessa alors complètement de couler.

DUGÈS, en 1840, emploie une méthode mixte : il tamponne d'abord, puis, si les parois abdominales sont

¹ *Bulletin de thérapeutique*, 1836, p. 170.

minces et molles, il « saisit le fond de la matrice et l'empêche de se distendre en le soutenant pendant plusieurs heures pour prévenir la perte interne ; l'inertie cesse enfin et on peut se contenter de soutenir l'utérus avec une bande de ventre. »

Un partisan résolu de la compression de l'utérus par l'extérieur, c'est JACQUEMIER (1846) ; il l'applique à toutes les hémorragies après la délivrance, qu'elle qu'en soit la cause. Parlant de la méthode de Stoltz, il ajoute : « La forme de la paroi postérieure du bassin est assez bien disposée pour établir une compression régulière et l'utérus peut y être maintenu appliqué non seulement avec les deux mains, mais aussi avec des serviettes pliées en plusieurs doubles et disposées en compresses graduées embrassant le fond, la paroi antérieure et les côtés de l'organe, le tout fixé par un bandage de corps convenablement serré. On produit ainsi sur les vaisseaux de l'utérus le même effet qu'un resserrement actif. » Il recommande le procédé pour combattre l'inertie, la rétention de fragments du placenta, son insertion sur le segment inférieur, la déchirure de l'utérus.

A la suite d'une hémorragie très effrayante qu'il publie en 1860¹, DUMAS, après avoir employé tous les moyens connus, comprime alors l'utérus avec la main pour rappeler la contraction utérine » il ajoute qu'il faut agir rapidement, savoir se passer d'aide « s'ingénier en attendant les préparations de seigle surtout en frictionnant, pressant, serrant, comprimant les pa-

¹ *Union médic.*, oct. 1860.

rois du ventre et de l'utérus », manœuvres qui, pour lui, causent peu de douleurs et n'ont aucune conséquence fâcheuse dans la suite.

HAMILTON¹ publie, avec trois observations à l'appui, une nouvelle méthode de comprimer l'utérus, attribuée également à Breisky : « Le mode le plus puissant d'arrêter l'hémorragie est de passer les doigts de la main droite dans le cul-de-sac postérieur, sous l'utérus, ce qui est fait aisément, étant donné l'état ordinairement relâché des parties, la main gauche appuyant sur l'utérus entre les parois abdominales ; on comprime fortement les parois de l'utérus entre les deux mains » : il ajoute que dans tous les cas où il a employé sa méthode, elle a été couronnée de succès : une condition essentielle comme préliminaires est de débarrasser l'intérieur de l'utérus des caillots. Fassbender², cité par Contamin emploie aussi avec succès le même procédé.

On trouve mentionné dans la thèse d'HAUSSER³ un appareil imaginé par Pretty qui consiste en un tourniquet particulier comprimant l'utérus par l'hypogastre ; on serre le tourniquet à mesure que l'utérus diminue de volume.

Le Dr LIZÉ, en 1864⁴ dit qu'il faut amener la rétraction de l'utérus et à tout prix la rendre permanente ; pour cela, il fait, comme le recommande Leroy « la compression exacte sur le fond de la matrice, suivant

¹ *Edimb. med. j.* 1861, t. VII, p. 315.

² *Beitr. z. geb.*, Bd. 1, p. 46.

³ Thèse de Strasbourg 1863.

⁴ *Bulletin de thérapeutique*, 1864, p. 157.

la direction du détroit supérieur, avec une compresse en pyramide imprégnée d'alcool et maintenue fortement par une ceinture appliquée autour des hanches ». Après avoir cité la compression avec les deux mains « inventée par Levret et souvent mise en pratique par M^{me} Lachapelle (!) et surtout Millot » suivie de l'application du « carreau » ; il ajoute « pendant mon internat j'ai fréquemment vu mettre et mis moi-même à profit cette méthode avec succès dans différentes circonstances.

C'est la même compression manuelle, suivie de la même application de serviettes serrées sur l'hypogastre qu'emploient CAZEAU et TARNIER en 1867 : « c'est le meilleur moyen propre à solliciter la rétraction des parois utérines et surtout à la rendre permanente. »

POUR DEVILLERS¹, la véritable thérapeutique est l'ergot ; mais en attendant son effet un moyen secondaire très efficace est la compression méthodique de l'utérus qu'il fait, lui encore, suivant la méthode de Millot : « maintenir l'utérus fortement appliqué contre la paroi postérieure du bassin avec la main, puis mettre les serviettes et le bandage pendant plusieurs heures suivant la nécessité ».

DEPAUL, dans sa « *Clinique obstétricale 1872-76* » veut d'abord que l'on vide l'utérus des caillots qu'il renferme et ceci fait « on appliquera fortement la main sur le ventre, et on recherchera avec les doigts à saisir le fond de la matrice que l'on maintiendra ainsi rétractée ».

¹ In *Dictionn. de Jaccond.* Article DÉLIVRANCE.

Même manœuvre recommandée encore par SCHRÖDER en 1875, qui « saisit l'utérus en l'embrassant à pleines mains ».

L'année précédente le D^r DE BERDT HOWEL ¹ fait un plaidoyer en faveur d'un bandage de son invention qui aurait tous les avantages et nul inconvénient (!) ; il est formé d'une « bande élastique, munie de deux coussinets, l'un pour le sacrum, l'autre pour l'utérus ; il s'applique avant l'expulsion de l'enfant et on le serre après la délivrance... ; il offre une grande sécurité parce qu'une fois mis en place il ne permet pas à l'utérus de se développer ».

Dans le Programme de ses cours d'accouchements, SIMPSON, à propos du traitement des hémorragies après la sortie de l'enfant et du placenta, dit qu'il « faut faire contracter l'utérus par excitation extérieure et compression à travers la paroi abdominale. L'utérus peut être embrassé avec les deux mains, l'une placée d'un côté, l'autre de l'autre, puis quelquefois maintenir la contraction de l'utérus avec la main ou un bandage solide. »

BARNES (1876) énumère les différentes manières de comprimer l'utérus et en particulier de l'extérieur :

1^o En saisissant l'organe à travers les parois abdominales,

2^o En le pressant fortement contre la colonne vertébrale, la malade étant couchée sur le dos.

Il montre bien la façon dont agit cette compression directe et ses avantages ; « elle agit de deux manières : en

² *Arch. de Tocologie*, 1874.

fermant mécaniquement les vaisseaux, en excitant la contraction réflexe...; bien faite, elle arrête la perte, donne aux forces le temps de se refaire et au médecin le temps d'administrer les remèdes restauratifs».

Au sujet du traitement curatif des hémorragies *post partum*, PLAYFAIR, 1879, s'exprime ainsi : « La femme sera placée sur le dos, position la plus favorable pour maintenir aisément l'utérus aussi bien que pour surveiller l'état général. Si l'on trouve l'utérus relâché et rempli de caillots, on peut, en le comprimant fortement avec la main expulser son contenu, provoquer la rétraction et arrêter ainsi les progrès de l'hémorragie ; si l'on atteint cet heureux résultat, on doit laisser la main appliquée sur l'organe pour en maintenir la rétraction jusqu'à ce qu'on soit assuré que le relâchement ne se produira plus. Cette manœuvre est fatigante sans doute, mais on doit y avoir recours tant qu'elle est efficace : il n'est pas d'ailleurs nécessaire de déployer une rudesse qui produirait des désordres consécutifs ; on peut obtenir une compression énergique sans la moindre violence. » Ce n'est que dans les hémorragies secondaires qu'il use du bandage abdominal serré, et encore se hâte-t-il d'ajouter, l'abdomen sera surveillé de temps en temps pour prévenir la possibilité de la distension utérine. »

Avec CHARPENTIER (1878), nous voyons apparaître une compression avec bande de caoutchouc qu'il ne fait d'ailleurs que mentionner pour ajouter aussitôt : « C'est un procédé infidèle et d'une application difficile. »

On a quelquefois réussi dit HUBERT (1878), dans les

hémorragies après l'issue du placenta « en appliquant fortement l'une contre l'autre les parois utérines, en les comprimant extérieurement soit avec les deux mains, soit à l'aide de compresses épaisses et d'un bandage de corps bien serré ».

NÖEGELE et GRENSER, en 1880, qui consacrent un long chapitre aux hémorragies par atonie de la matrice, disent « qu'il est souvent très utile de saisir l'organe à pleines mains à travers la paroi abdominale pour le serrer et le pétrir, et de continuer cette manœuvre pendant quelques temps. » Ils réservent la compression avec des sacs remplis de sable (Saxtorph, Loeffler, Kluge) ou à l'aide d'un tourniquet (Pretty) pour maintenir la rétraction de l'utérus après l'arrêt de l'hémorragie.

C'est encore à la compression de l'utérus contre la colonne vertébrale que PÉLAPRAT¹ fait allusion, mais comme moyen tout à fait accessoire.

Citons une méthode de traitement employée par KLOTZ en 1882², et qui, nous semble-t-il, doit figurer dans cette énumération : il introduit la main droite dans le vagin et saisit le col entre les doigts pour le comprimer et le refouler sur le sacrum, tandis que la main gauche appliquée sur le fond de l'utérus favorise l'antéversion artificielle (2 observations).

Voici exposée dans la thèse de LESUEUR-FLORENT³ 1889, le traitement par le sac de plomb, non pas des

¹ Thèse, Paris, 1882.

² *Wien. med. Wochen.* 1882

³ Thèse, Bordeaux, 1889.

hémorragies abondantes qui suivent aussitôt la délivrance, mais des écoulements à répétition qui se produisent dix, quinze jours et plus après l'accouchement : « Depuis vingt-cinq ans, M. Duplouy fait usage d'un sac de plomb. C'est simplement une poche en toile ou une compresse dont les quatre angles sont réunis et remplie de plomb de chasse. Grâce à la mobilité de la grenaille, la compression suit le retrait de l'utérus et ne l'abandonne jamais, bien supérieure en cela à la compression habituelle qu'on exerce au moyen de compresses graduées ou de serviettes en plusieurs doubles ; on atteint bien il est vrai un utérus ample et en rapport avec la paroi abdominale, mais on ne peut plus exercer aucune compression dès que l'organe diminue de volume, de telle sorte qu'il faut constamment resserrer le bandage si l'on ne veut pas s'exposer à perdre le bénéfice acquis. »

DAKINS¹ en 1894, emploie dans les hémorragies abondantes une méthode mixte dont voici le résumé :

1° Compressement et pétrissement bimanuel de l'utérus à travers les parois abdominales ; une main de chaque côté de l'utérus, les doigts dirigés dans le sens du pubis ;

2° La compression contre la colonne vertébrale étant maintenue, la main gauche appuiera fortement sur la face antérieure de l'utérus ; la main droite entrera dans le fond de l'utérus et enlèvera les caillots ;

3° La main droite pressera le cul-de-sac vaginal pos-

¹ *Répertoire univ. d'Obst. et de Gynéc.* (American Society— London (15 fév 1894).

lérieur et le fond sera abaissé par la main externe, de sorte que l'utérus soit comprimé en antéflexion. Cette position de l'utérus arrête l'hémorragie... jusqu'à ce que l'injection soit prête.

Rapportons aussi l'observation publiée par SOULAGNES¹, en 1895, sur un cas d'hémorragie par inertie utérine, trois quarts d'heure après l'accouchement ; mais, comme on va le voir, il combine expression et compression : « Nous saisissons le fond de l'utérus en glissant quatre doigts recourbés en crochet derrière la tumeur et, plaçant le pouce en avant, de façon à bien coiffer la partie saisie par la paume de la main. Puis, nous la poussons sans brusquerie comme pour la faire saillir par la vulve, en exprimant le contenu par plusieurs pressions douces et lentes, pendant que l'autre main libre forme une gouttière destinée seulement à prêter un point d'appui à la paroi antérieure utéro-vaginale, ainsi qu'à en éviter la coudure. Les caillots sangins sortent très facilement et l'utérus revient sur lui-même... Un bloc de coton formant tampon est glissé sous une traverse formant ceinture de façon à exercer une compression douce, uniforme et permanente. »

Voici un procédé simple de traitement des hémorragies *post-partum* par inertie utérine, où la compression est associée au massage, c'est le *Zitterdrückung* de KUMPF² : « Je me place du côté droit du lit, regardant le visage de la malade, le bras étendu, la main

¹ *Nouveau Montpellier médical*, p. 43, 1895.

² *Centralblatt für Gynäc.*, 20 mars 1897.

dans l'extension ; avec la pulpe des doigts rapprochés et formant un angle droit avec la paroi abdominale, je comprime fortement celle-ci contre la colonne vertébrale, sur la ligne médiane, entre la symphyse et l'ombilic, en agitant mon bras aussi vite que possible par des mouvements vibratoires. Le contour de l'utérus qui ne se dessinait pas du tout, après quelques secondes devient aisément perceptible. Alors, changement de position près de ma malade, je comprime de même la paroi postérieure de la matrice contre la symphyse, en appuyant pendant une dizaine de secondes : après quoi l'utérus est bien contracté. S'il retombe en inertie, je recommence la manœuvre deux ou trois fois encore en insistant davantage. »

Enfin, le D^r SAVA² préconise une nouvelle méthode de comprimer l'utérus ; mais, lui encore, termine par l'application d'un bandage abdominal : « On commence par exprimer la matrice, afin de la débarrasser des caillots sanguins qu'elle peut contenir ; on provoque, de la sorte, sans introduire la main dans le tractus génital, la contraction de l'utérus et, celle-ci une fois obtenue, on applique le fond de l'organe sur la symphyse pubienne, de façon que la paroi utérine postérieure se trouve dirigée en haut, manœuvre qui n'offre aucune difficulté, la matrice à l'état puerpéral étant très mobile, par suite de la laxité de ses ligaments. On place ensuite sur l'hypogastre, immédiatement au-dessus de l'utérus, des compresses graduées formant

² *Courrier médic.*, p. 264, 1898 et *Sem. méd.*, 1898. Annexes, p. CXXXIV.

une sorte de pyramide, dont le sommet est dirigé vers la colonne vertébrale et qu'on fixe avec un bandage de corps très serré... La compression ainsi exercée, stimule la face externe de l'utérus, au lieu d'agir sur l'intérieur de l'organe, comme fait le tampon, ce qui exclut toute chance d'infection. »

Tels sont les différents modes de compression externe de l'utérus que nous ont fournis nos recherches, soit dans les traités spéciaux, soit dans les revues; mais que d'auteurs, et surtout dans les manuels récents, ne font que mentionner cette compression sans y insister, n'y attachant probablement qu'une minime importance, ou n'en parlent même pas.

Ainsi, à la Société obstétricale de France, en 1896, on aborde la question du « traitement des hémorragies *post-partum* » ; MM. Tarnier, Champetier de Ribes, Bossi (de Novare), Keiffer (de Bruxelles), Charpentier, qui prennent part à la discussion, ne parlent pas de cette compression. Dans le *Lehrbuch der Geburtshülfe* de Ahlfeld (1898), dans celui de Olshausen und Weit (1899), il n'en est fait aucune mention, ni dans le *Traité des accouchements*, de Tarnier et Budin (t. IV, 1901), sauf peut-être que ces auteurs exposent la méthode de Lucas-Championnière, qui est la compression externe mixte après tamponnement.

II Inconvénients de ces différentes méthodes de compression externe.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les diverses façons dont on a comprimé l'utérus,

nous voyons qu'on peut les classer sous deux chefs principaux :

1^o On a établi la compression autrement qu'avec la main ;

2^o On a comprimé l'utérus avec la main seule.

Quels sont les reproches que l'on peut adresser à ces deux procédés ?

La compression exercée à travers la paroi abdominale soit à l'aide de serviettes maintenues sur l'utérus par un bandage de corps, soit avec la bande élastique, le tourniquet de Pretty ou l'appareil de De Berdt Howel, soit enfin avec des sacs remplis de sable ou de plomb est défectueuse, car elle agit d'une façon passive ; « c'est une pression brutale dont il est impossible de graduer exactement les effets¹ ». Si, en effet, le muscle utérin a bien repris sa dureté normale, si toutes ses parties sont bien contractées, pourquoi continuer la compression ? Que si, au contraire, d'autres portions bien rétractées tout d'abord, deviennent à leur tour ramollies et se relâchent, comment s'en rendra-t-on compte ? Toutes ces méthodes masquent l'utérus, elles ne permettent pas, comme le reprochait déjà Dubois² au bandage, de s'assurer constamment de son état, elles le soustraient en un mot à la surveillance de l'accoucheur. D'ailleurs, l'abandon où elles sont tombées aujourd'hui est une preuve de leur inefficacité et aussi de leurs inconvénients ; c'est à peine si on use encore parfois du sac de plomb ou de sable pour combattre

¹ Thèse de Candé, Bordeaux, 1892.

² *Gaz. des Hôpitaux*, 1854.

les hémorragies prolongées, mais peu abondantes, qui se produisent quinze et vingt jours après l'accouchement. En somme, ce sont là des procédés qui agissent à l'aveugle et qui ne peuvent se substituer aux pressions intelligentes exercées par la main.

Nous ne nous attarderons pas à la compression mixte faite par l'hypogastre soit après tamponnement (M^{me} Lachapelle, Dugès, Lucas-Championnière), soit après introduction préalable de la main dans l'utérus, comme étant passibles des mêmes critiques que nous avons déjà adressées à ces derniers modes de traitement.

La compression avec les mains seules a été pratiquée, nous l'avons vu, de diverses manières :

Leroux, le premier, l'employa ; mais il ne donne aucun détail sur la position respective de ses mains.

Breisky, Hamilton, Fasbender, Klotz mettent les doigts d'une main dans le cul-de-sac postérieur du vagin et compriment extérieurement de l'autre main : les dangers d'infection sont, il est vrai, un peu moins à redouter qu'avec l'introduction de la main dans l'utérus ; mais leur procédé semble bien n'avoir une réelle efficacité que dans le cas d'insertion très basse du placenta ; d'autre part, toute la face postérieure du corps de l'utérus est soustraite à l'action de la main.

Même reproche à faire à Lizé, Depaul, Schröder, Simpson, qui saisissent l'utérus pour le comprimer et le serrer, soit par le fond, soit en embrassant ses bords latéraux, les pouces en avant, ils produisent ainsi de plus, des pressions localisées qu'il faut s'efforcer d'éviter.

Stoltz et Hubard font exécuter à la matrice un petit

mouvement de torsion pour pouvoir l'appliquer contre la fosse iliaque droite, mouvement facilité il est vrai, par son inclinaison physiologique de ce côté. Mais peut-on exagérer cette inclinaison sans distendre outre mesure ses ligaments ? l'ovaire gauche ne sera-t-il pas fatalement entraîné en avant et pressé par cette manœuvre ? et on sait qu'on ne comprime pas impunément cet organe, qu'alors la douleur est atroce et qu'on a pu provoquer des syncopes brusques amenant soit l'inertie absolue de l'utérus, soit même une terminaison fatale par anémie du cerveau, et cela d'autant plus facilement que la malade est déjà anémiée par l'hémorragie. D'autre part, on ne comprime pas ainsi le muscle sur toute sa hauteur ; enfin, on ne l'étale pas suivant le sens de sa moindre largeur : nous savons en effet que l'utérus ne prend pas sa forme globuleuse aussitôt qu'il est vide ; il reste aplati, il conserve sa plus petite largeur dans le sens antéro-postérieur pendant un certain temps après l'accouchement ; il serait donc plus rationnel de le comprimer d'avant en arrière.

D'ailleurs, une critique générale que nous pouvons adresser à tous ces genres de compression, c'est que tous, qu'ils soient mécaniques ou manuels, abaissent l'utérus, tous le font descendre et plonger dans l'excavation pelvienne, tous modifient enfin plus ou moins la direction de son axe, augmentant ainsi son état de congestion, alors qu'au contraire il conviendrait plutôt de le soulever, le remonter, le faire saillir en quelque sorte hors du bassin, tout en le maintenant dans l'axe de l'excavation. C'est ce qui est réalisé par la compression pubio-manuelle.

CHAPITRE IV

DE LA COMPRESSION PUBIO-MANUELLE

A. *Manuel opératoire.* — La délivrance est faite, placenta et membranes ont été expulsés dans leur totalité ; l'utérus est vide et cependant une hémorragie utérine se produit : on palpe l'organe, il présente bien une dureté ligueuse ; il n'y a donc pas d'inertie totale ; on peut alors, en attendant qu'une injection chaude vers 48 degrés soit prête ou même avec l'intention de s'en passer, employer le procédé suivant : l'accoucheur se tient sur le côté gauche de la malade de préférence ; il plonge l'extrémité des quatre doigts réunis de la main droite en arrière de l'utérus, entre cet organe et la colonne vertébrale, déprimant ainsi la paroi abdominale abordée au niveau de la région ombilicale ; la main doit être dirigée parallèlement à l'axe du détroit supérieur ; elle peut aussi se laisser guider par la paroi postérieure de l'utérus si sa consistance la rend perceptible, et, en suivant cette paroi, descendre assez bas pour dépasser les limites de la « portion contractile » du muscle utérin : nous avons vu en effet qu'après l'accouchement la main peut atteindre facilement jusqu'à cette limite, et même dépasser l'anneau de Bandl.

Une fois arrivée à cette profondeur, la main est reportée en masse en avant de façon à comprimer l'utérus contractile dans toute sa hauteur, soit contre les pubis, soit contre la main gauche qui est étendue à plat sur la paroi abdominale au-devant de l'utérus et dans la position suivante : elle appuie par son bord cubital sur le sommet des pubis, prolonge le plan rétro-pubien au-dessus du détroit supérieur et offre ainsi une surface d'appui solide qui peut s'adapter à la forme de l'utérus, très favorable en direction et en étendue à la compression exercée par la main droite qui reporte l'organe en avant.

Ce n'est pas, comme on le voit, un mouvement de flexion de l'utérus en avant, sa portion contractile ne tourne pas autour d'un axe horizontal comme charnière ainsi que recommande de le faire le Dr Sava dans sa méthode; mais bien plutôt un mouvement de glissement en avant de cette même portion, et sans déplacement de la direction de l'axe de l'organe. C'est en quelque sorte une translation en masse du muscle dans sa totalité et sa paroi antérieure vient se comprimer et buter contre un plan résistant, mais malléable, qui remplace la large échancrure que laisse, à sa partie antérieure, le détroit supérieur. Et, même en supposant que l'utérus soit à peu près complètement dur et rétracté, sauf en quelques points de sa face postérieure, on s'explique aisément la possibilité d'un tel déplacement : le défaut de contraction de toute la portion de l'organe sous-jacente à l'utérus contractile, la souplesse du segment inférieur permettent bien, en effet, d'exécuter la manœuvre sans aucune difficulté.

B. *Son mode d'action.* — Et par quel mécanisme la compression pubio-manuelle arrête-t-elle l'hémorragie? Il est incontestable tout d'abord qu'elle exerce une action mécanique : les ouvertures des sinus placentaires béants étant fortement comprimées — et cela sur toute la hauteur de l'utérus — le sang ne peut plus s'écouler. C'est là le mode d'action de toute compression.

Ne pourrait-on pas aussi invoquer peut-être — mais c'est une simple hypothèse — une excitation nerveuse provoquée par l'irritation du ganglion cervical de Frankenhauser? On a bien dit que la compression de l'aorte faisait contracter l'utérus par l'irritation mécanique des plexus solaire, épigastrique et mésentérique; or la main qui, dans la compression pubio-manuelle, plonge dans le Douglas, n'irrite-t-elle pas cet « amas plexiforme de cellules et de fibres, cette lame ganglionnaire fenêtrée de forme triangulaire plongée dans la gangue conjonctivo-vasculaire si développée dans cette région¹ »? Et nous savons que du ganglion de Frankenhauser partent des branches efférentes très nombreuses destinées aux fibres musculaires lisses de l'utérus. C'est fort possible mais, répétons le, c'est là une pure hypothèse.

Il doit encore se passer ici quelque chose d'analogue à la contraction locale idio-musculaire de Schiff; on sait que sous l'influence d'une excitation mécanique en un point limité d'un muscle, et surtout d'un muscle fatigué, et c'est bien le cas de l'utérus après l'accouchement —

¹ Poirier. *Traité d'anatomie humaine*, 1901, t. IV.

il se produit, non pas une contraction généralisée de tout le muscle, mais un nœud de contraction au point du muscle excité. La main qui explore et comprime la face postérieure de l'utérus, en insistant davantage aux points d'inertie localisée, ne pourrait-elle pas provoquer la formation d'un nœud de contraction vers ces points inertes? Ce phénomène de contraction idio-musculaire est d'ailleurs facile à observer sur un utérus après l'accouchement : il suffit de pincer le muscle pour provoquer de suite un renflement en cet endroit, dû à la contraction.

Enfin, la manœuvre ayant pour but de remonter l'utérus, de le faire saillir en quelque sorte hors du bassin, au lieu de l'enfoncer dans l'excavation, diminue bien certainement la congestion de l'organe : l'afflux du sang rouge en est entravé, la circulation veineuse est au contraire favorisée.

C. *Ses avantages.* — D'après le simple exposé de cette manœuvre, nous voyons que nombreux sont les avantages de la compression pubio-manuelle. Pendant qu'on l'exécute, la main peut percevoir tous les détails de résistance de la paroi utérine, noter des inerties totales de rétraction ou de contraction, ou des inerties localisées ; et dans ce cas, des inerties localisées dues simplement à la rétraction, ainsi que le montrent fort bien nos observations. La compression peut alors cesser d'être générale et se borner aux points inertes. On peut la suspendre pendant la contraction en se tenant prêt à la reprendre sitôt que l'inertie de rétraction se manifeste. Aussi la manœuvre peut-elle être

prolongée pendant longtemps sans fatigue pour l'accoucheur (dans nos observations, nous trouvons qu'elle a été pratiquée pendant 10, 15, 20 et même 25 minutes sans que l'opérateur qui, dans trois des cas était une femme, en ait éprouvé une fatigue notable) ; les périodes de rémission, pendant la contraction, seraient d'ailleurs à elles seules largement suffisantes pour un repos passager.

C'est un moyen qui ne nécessite aucun préparatif : pas de perte de temps, pas d'instrument, pas d'aide ; il est à la portée de tout praticien, une sage-femme même peut pratiquer la manœuvre et la continuer un certain temps, car elle ne demande ni grand déploiement de force musculaire, ni d'effort soutenu ; il permet d'attendre la préparation ou les effets d'autres modes de traitement (ergot — injection chaude — injection de sérum artificiel) ; c'est de plus une méthode rationnelle car l'utérus, ne prenant pas de suite après l'accouchement sa forme globuleuse, est comprimé suivant sa moindre largeur, d'avant en arrière ; la main se rend compte à chaque instant de l'état de l'utérus, et surtout de cette face postérieure qu'on ne doit jamais négliger d'explorer ; la compression pubio-manuelle comprime encore l'utérus sur toute sa hauteur, évitant ainsi les inconvénients des pressions limitées en quelques points seulement, pressions qui sont insuffisantes et inefficaces ; elle ne peut produire de lésion, ne peut occasionner aucun accident ; enfin — et surtout — tout danger d'infection est ainsi écarté.

C'est un moyen non seulement d'arrêter l'hémorragie après la délivrance, mais aussi d'en apprécier la

cause, de voir les progrès dans le sens de la rétraction, de constater parfois l'insuffisance des moyens employés. C'est un élément de diagnostic en même temps qu'un procédé de traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

R..., trente-quatre ans, IV^e pare, entre à la Maternité de la Charité le 15 mai 1898. Accouchements antérieurs normaux. Grossesse actuelle assez bonne.

Début des douleurs le 15 mai à 8 heures du soir.

Entrée à la salle des douleurs à minuit ; accouchement (O I G A) terminé le 16 à 3 heures et demie du matin. La délivrance a lieu spontanément un quart d'heure après : le placenta est complet, les membranes intactes, l'écoulement de sang peu abondant, l'utérus dur et globuleux.

Une demi-heure après l'accouchement, le malade pâlit, devient livide et appelle doucement ; on la découvre rapidement : une hémorragie assez abondante s'était produite ; l'utérus est mou : massage et frictions. Injection de sérum artificiel, 300 grammes d'abord ; la malade revient à elle, parle et se sent mieux ; on injecte en tout un litre de sérum. La perte a cessé, l'utérus est bon et la malade, rassurée et tranquille, s'assoupit.

Mais une heure après, environ, elle est brusquement

tirée de son état de torpeur par des douleurs très vives « comme pour accoucher », dit-elle. Sensation de faiblesse extrême et nausées. Par la pression sur l'utérus, la sage-femme en chef qui a été appelée chasse environ 400 grammes de caillots. En palpant l'utérus, elle sent, sur sa face postérieure, une petite surface molle et dépressible, inerte, de la largeur d'une pièce de 5 fr. Injection sous-cutanée d'ergotinine Tanret (VI gouttes); syncope grave, pouls petit et rapide, respiration à peine perceptible; la mort paraît imminente. L'utérus, complètement flasque alors, est comprimé énergiquement contre les pubis; l'hémorragie est moins abondante, mais toujours suintement sanguin à l'extérieur: tête très basse, flagellation du visage à l'eau froide, jambes élevées; deuxième injection d'ergotinine (V gouttes), 1 litre de sérum, et pendant ce temps, la compression de la matrice est maintenue, c'est-à-dire environ pendant vingt-cinq minutes; peu à peu, le visage de la malade se colore et se ramène, la contraction de l'utérus se régularise et la rétraction se maintient.

L'hémorragie est évaluée à 600 ou 700 grammes.

OBSERVATION II

G....., vingt ans, secondipare dont l'accouchement antérieur a été normal. Entre à la clinique le 5 juin 1900, à 11 heures du matin. O I G T; à 1 h. 10, sans accident, l'accouchement est terminé. L'utérus est dur et globuleux; délivrance normale quinze minutes après environ; perte de sang peut-être plus abondante que

d'ordinaire ; rien d'inquiétant, toutefois, jusqu'alors.

Mais bientôt l'utérus se ramollit et se contracte moins bien ; par des frictions et du massage, on s'efforce d'exciter ses contractions et de mettre en jeu sa rétraction, qui, n'étant pas jugée suffisante, oblige à pratiquer une injection intra-utérine iodée chaude, à 48° suivant la formule de Tarnier :

Iode.	3
Iodure de potassium.	6
Eaux bouillie.	1000

L'utérus durcit à nouveau et l'hémorragie semble arrêtée si bien que la malade est transportée dans son lit ; la sage-femme en chef s'assure encore que la matrice a conservé sa forme globuleuse ; elle s'aperçoit alors qu'il existe, à la partie inférieure de sa face postérieure, une zone d'inertie locale sur une largeur d'environ 4 centimètres, zone qui disparaît pendant les périodes de contraction. La perte de sang qui continue, peu abondante il est vrai, est enfin arrêtée par la manœuvre suivante : la sage-femme place les quatre derniers doigts de la main droite en arrière de l'utérus, entre cet organe et la colonne vertébrale, puis elle le ramène sur la main gauche antérieure prolongeant la direction des pubis, en le comprimant fortement. L'hémorragie, évaluée à 400 grammes, cesse dix minutes après environ et l'utérus durcit dans toute son étendue.

OBSERVATION III

R... vingt-cinq ans, primipare vient faire ses couches à la Clinique parce que, dit-elle, sa mère et sa sœur ont eu des hémorragies à leurs accouchements et qu'elle-même redoute les mêmes accidents. Après une grossesse bonne, les douleurs débutent le 1^{er} juin 1900, à 5 heures du matin (O I G A).

Le soir, les douleurs qui avaient été très vives dans la matinée, deviennent irrégulières, s'espacent de plus en plus et diminuent d'intensité, aussi le chef de clinique fait-il une application de forceps à la vulve. Légère déchirure de la fourchette, suture.

Délivrance spontanée à 4 h. 15, cinq minutes après la sortie de l'enfant : placenta entier, membranes complètes — en même temps issue d'un flot de sang liquide et de caillots. L'utérus est mou dans toute son étendue, difficilement perceptible à travers les parois abdominales, inerte. De suite, on le comprime fortement avec les deux mains l'une en arrière, l'autre en avant et contre les pubis ; et, pendant qu'on le maintient dans cette position, on abaisse la tête de la malade, piquère avec V gouttes d'ergotinine Tanret ; on prépare une injection iodée chaude — on injecte 700 centimètres cubes de sérum artificiel.

La malade, qui avait des nausées et des tendances à la syncope, se ranime. L'hémorragie est arrêtée ; à 5 h. 15, tout est terminé, l'utérus bien contracté.

OBSERVATION IV

Ch..., vingt-quatre ans, domestique, primipare, arrive à la Maternité le 17 novembre 1900 : le 6 novembre, hémorragie d'un demi-litre au moment d'un effort ; depuis, suintement sanguin continu. Au toucher on ne sent pas de placenta. Depuis son entrée jusqu'au 13 décembre, jour de l'accouchement, plus d'hémorragie. O I G T, tête non fléchie.

Entrée à la salle des douleurs à 6 heures du soir ; travail normal, accouchement terminé à 8 h. 5. Peu après la sortie de l'enfant, l'utérus n'est pas très bon, il est mou et s'étend à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A 8 h. 20, une contraction utérine ; l'utérus est dur mais d'une façon irrégulière ; un point ramolli de 3 centimètres au niveau du fond, par conséquent situé au-dessus de l'ombilic ; un second point inerte siège vers la corne droite, en arrière ; quelques contractions utérines, peu intenses, non perçues par la malade, contractions qui occasionnent un suintement de sang continu.

A 8 h. 40, écoulement de sang de 400 grammes environ, dû à une contraction de l'utérus. La main droite, introduite dans la matrice, constate que le placenta est adhérent au niveau de la corne droite ; la sage-femme le décolle de la main droite pendant que sa main gauche appuie sur le fond à travers les parois abdominales, elle exécute pendant deux ou trois minu-

tes des mouvements de rotation dans l'utérus avec le poing fermé jusqu'à ce qu'elle ait obtenu une contraction.

Le placenta retiré, la main est introduite de nouveau dans l'utérus : on sent une surface irrégulière, présentant de petits débris que l'on écrase et on ramène quelques lambeaux de membranes. Injection intra-utérine iodée à 48 degrés.

A 8 h. 50, l'utérus est toujours inerte, se contracte mal ; on fait de la compression pendant cinq minutes avec les quatre derniers doigts de la main gauche placée en arrière en ramenant l'utérus en avant et l'appuyant contre les pubis et l'autre main placée en avant manœuvre qui produit une bonne contraction.

A 9 heures, l'utérus est moins mou que précédemment, mais cependant toujours un peu en inertie, toujours ramolli au niveau de la corne droite et à la face postérieure. On continue la compression avec les quatre doigts pendant cinq minutes encore ; nouvelle contraction qui amène un suintement sanguin.

A 9 h. 5, après avoir examiné soigneusement le délivre, et on constate que le chorion manque. Une troisième fois on introduit la main dans l'utérus, on trouve le chorion adhérent, des caillots et des lambeaux de membranes qui flottent ; on retire le tout : environ 200 grammes de sang s'écoulent, nouvelle injection iodée chaude.

A 9 h. 15, l'utérus qui était très dur après l'injection se ramollit une minute après. On le comprime encore contre la symphyse et on maintient la compression ; les périodes de ramollissement s'espacent.

A 9 h. 20, l'utérus est meilleur, plus dur, se contracte mieux et se dessine bien sous la paroi abdominale.

A 9 h. 25, toute trace d'inertie locale a disparu, l'écoulement sanguin a été de 600 grammes environ; on donne un lavement de sérum de 500 grammes.

A 9 h. 35, la malade est revue dans son lit, le visage est coloré, plus de nausées. L'utérus est bon, bien contracté.

Suites de couches normales, pas de température, la malade quitte l'hôpital le 26 décembre.

OBSERVATION V

N..., primipare, entre à la salle des douleurs le 12 mai 1902, à 5 heures du matin; à 6 heures, dilatation complète. O I D P pendant l'engagement. Douleurs insuffisantes; tête arrêtée en bas dans l'excavation en O I D T. En raison de l'inertie utérine et aussi d'un léger degré de rétrécissement du bassin, M. le professeur Fochier fait une application de forceps : déchirure périnéale, suture.

Délivrance naturelle; mais trois à quatre minutes après, hémorragie assez abondante : il fait l'expression utérine qui chasse de gros caillots sanguins. L'hémorragie continuant, il porte la main en arrière, à la face postérieure de l'utérus qu'il perçoit difficilement à travers les parois abdominales en raison de sa mollesse : M. le Professeur constate alors que cette paroi postérieure, dans toute son étendue, est flasque, se déprimant

comme une large coupe ; il comprime alors l'utérus entre cette main postérieure et l'autre main placée en avant prolongeant en haut la direction des pubis ; cette compression est maintenue pendant environ cinq minutes et suffit à arrêter complètement l'hémorragie ; mais chaque fois qu'il relâchait la pression, le sang coulait à nouveau. L'utérus devient dur dans toute son étendue et partout se contracte bien. Perte de sang totale : 700 grammes. Une injection iodée intrautérine avait été pratiquée dans l'intervalle, mais peut-être pas assez chaude.

OBSERVATION VI

F..., vingt-trois ans, IV pare, entre à la salle des douleurs, le 10 juin ; elle vient faire ses couches à la clinique, car elle a eu des pertes abondantes de la délivrance à ses trois accouchements antérieurs. O I D P ; Rupture artificielle de la poche des eaux ; accouchement spontané à 12 h. 20 du soir ; de suite après la sortie de l'enfant, l'utérus est mou, surtout à la face postérieure, écoulement sanguin peu abondant, mais continu ; malaxation de l'organe qui se contracte peu sous l'influence du massage.

L'utérus conservant sa consistance pâteuse, la sage-femme en chef décide de faire la délivrance artificielle à 12 h. 35 ; le placenta, qui est totalement décollé, est extrait complet en même temps que 300 grammes de caillots ; l'inertie persiste ; elle introduit à nouveau la main qu'elle laisse dans l'utérus en pratiquant la compression mixte ; sous l'influence de cette manœuvre, le

muscle durcit; on l'abandonne, mais le suintement sanguin réapparaît.

C'est alors, en plongeant extérieurement les quatre derniers doigts de la main dans le Douglas, qu'on se rend compte de la cause de l'inertie: à la face postérieure de l'utérus, on sent une surface molle, dépressible de 5 à 6 centimètres, et, tout autour de celle-ci, deux ou trois points également mous, moins étendus et permettant seulement l'enfoncement de la pulpe des doigts. On est nettement en présence d'une inertie de rétraction, qui disparaît bien pendant les périodes de contractions utérines pour se montrer de nouveau dans leur intervalle. La sage-femme pratique la compression pubio-manuelle, et, peu à peu, sous son influence, elle sent la zone d'inertie postérieure diminuer d'étendue et la mollesse céder de la périphérie au centre, de telle sorte que, large tout d'abord comme une pièce de 5 francs, elle n'atteint bientôt plus que la dimension d'une pièce de 2 francs puis disparaît enfin complètement, et avec elle l'hémorragie. Pendant ce temps une injection iodée de 45 degrés a été pratiquée.

La compression pubio-manuelle a été maintenue pendant vingt minutes et cela sans fatigue de la part de la sage-femme, sans provoquer de douleur chez la malade.

L'écoulement sanguin total est évalué à 650 ou 700 grammes.

CONCLUSIONS

I. Les hémorragies utérines après la délivrance sont dues à l'inertie de l'utérus, inertie soit totale, soit partielle; et, dans ce cas, les zones de ramollissement sont localisées le plus ordinairement à la face postérieure de l'organe.

II. Les traitements actuellement employés contre ces hémorragies (injection chaude, introduction de la main dans l'utérus, ergot, compression de l'aorte, tamponnement) ont tous leurs avantages et méritent d'être conservés : tous aussi ont leurs inconvénients et leurs insuccès.

III. Des divers procédés de compression externe de l'utérus mis en pratique, aucun ne remplit toutes les indications du traitement.

IV. La compression pubio-manuelle est un mode de traitement très efficace des hémorragies utérines après la délivrance, et surtout des hémorragies de moyenne intensité, mais rebelles, dues à l'inertie localisée à la face postérieure de l'utérus.

Elle permet d'exciter directement les points inertes. C'est un élément de diagnostic de cette inertie en même temps qu'un moyen d'attente et un moyen définitif pour arrêter l'hémorragie.

V. En somme, il ne faut pas se limiter à un mode de traitement unique des hémorragies après la délivrance, pendant qu'on pratique la compression pubio-manuelle, on peut préparer ou même appliquer d'autres procédés thérapeutiques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FOCHIER

Vu :

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 30 mai 1902

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD, Lehrbuch der Geburtshülfe 1898.
- ARENDT, Atonische blutungen des Uterus. Therapeutische monate
janvier 1898.
- Annales de la Société obstétricale de France. (Compte rendu du
Congrès, 1896.)
- AUVARD, Traité d'obstétrique, 1889.
- BARNES, The treatment of Placenta prævia: the new physiolo-
gical method. (The Lancett 1857), vol. II, p. 859
- Leçons (traduction) 1870.
- BAUDELLOCQUE, Principes sur l'art des accouchements, 1844.
- BISHOP, Post partum hæmorrhage and its treatment. (The
Lancett, 31 oct. 1896, p. 1215.)
- BONVALOT, De la mort subite; phénomènes d'inhibition ayant
pour point de départ l'utérus; étude physiologique et
médico-légale. (Thèse, Paris, 1892.)
- BOUCHACOURT, In Dictionnaire des Sc. méd. 1882. Article
Délivrance.
- BUDBERG, Methode der Placentar expression (Deutsche méd.
Wochenschrift, 1898, p. 543.)
- CANDÉ, critique sur la thérapeutique des hémorragies par inertie.
(Thèse, Bordeaux, 1872.)
- CAZEAUX, Traité théorique et pratique sur l'art des accouche-
ments, 1867.
- CAZIS DE LAPEYROUSE, Action hémostatique de l'eau chaude en
obstétrique. (Thèse, Paris, 1896.)
- CHARPENTIER, Traité pratique des accouchements, 1889

- CHÉRON, Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl, (Thèse, Paris, 1899.)
- CHEVREUL, Précis de l'art des accouchements, 1782.
- Congrès international de Londres. Compte rendu (Arch. de Tocologie 1881, p. 527.)
- CONTAMIN, Etude sur les hémorragies qui surviennent pendant les suites de couches. (Thèse, 1875).
- DAKINS, Hémorragie post partum, traitement. Répert. univ. d'obst. et de gynéc. (American society, 15 fév. 1894), 1894, p. 474.
- DE BERDT, Hémorragie après l'accouchement. (Arch. de Tocologie, 1874, p. 53.)
- DEPAUL, Leçons de clinique obstétricale, 1872-76.
- DEUBEL, De l'avortement spontané. (Thèse Strasbourg, 1834.)
- DEVILLERS, Diction de Méd. et de Chirurg, (Jaccoud). Art. Délivrance, 1869.
- D'HAUSSY, Du tamponnement intra-utérin dans le traitement des hémorragies de la délivrance par inertie utérine. (Thèse Paris, 1892.)
- DUBOIS, Des hémorragies utérines pendant et après l'accouch. (Gaz. des hôp., 1854, p. 37.)
- DUCHENNE, Hémorragie interne après l'accouchement. (Gaz. des hôpitaux, 5 sept. 1875.)
- DUMAS, Inertie utérine après l'accouch. Hémorragie grave... (Union médicale, oct. 1860.)
- DUGÈS, Manuel d'obstétrique, 1840.
- FAIVRE, Considérations critiques sur l'emploi des injections intra-utérines après l'accouchement. (Thèse Nancy, 1896.)
- M^{me} GACCHES-SARRANTES, Des dangers de l'ergot et de l'ergotine après l'accouch. (Semaine méd., 1890, p. 293.)
- HAMILTON, Post partum hæmorrhage. (Edimbourg med. journal, 1861, p. 315.)
- HOFFMEIER, Über den Werth desinificirender Uterus ausspülungen post partum. (Centralblatt f. Gynäkol, 1880.)
- HUBERT, Cours d'accouchement, 1878.
- JACQUEMIER, Traité des accouchements, 1846.
- Recherches sur l'utérus... pour servir à l'histoire des hémorr. utérines. (Archives génér. de méd., 1839, p. 5.)
- JOHN BURNS, Principles of Midwifery, 9^e édition, p. 543.

- KIVISH et VALENTA, De Catheterisatio uteri. Wien, 1871, p. 7.
- KLOTZ, Therapie der blutungen im nachgeburststadium. (Wien med. Wochens, 1882, n° 52.)
- KUMPF, Über ein einfaches Verfahren gegen post partum blutungen ex atonia uteri. (Centralblatt für Gynäk, 20 mars 1897, p. 295.)
- M^{me} LACHAPELLE, Pratique des accouchements, 1821.
- LANDEAU, Traitement des hémorr. post partum. (Thèse Paris, 1898.)
- LESUEUR FLORENT, de l'Emploi du plomb métallique en chirurgie (Thèse Bordeaux, 1890.)
- LEROUX, Observations sur les pertes de sang des femmes en couches et sur les moyens de les guérir, 1776.
- LEVRET, Observations sur les causes et accidents de plusieurs accouch. laborieux, 1770.
- LIZÉ, Recherches pratiques sur les hémorr. post-puerpérales tardives. (Bullet. de thérapeut., 1864, p. 157.)
- MAÏSSE, Contribution à l'étude de l'inertie utérine. (Th. Montpellier, 1891.)
- MAC CLINTOCK, Congrès médical international de Londres, 1881.
- MAURICEAU, Traité des maladies des femmes grosses, 1693.
- MUNTHÉ, Traitement des hémorr. post partum. (Thèse Paris, 1880.)
- MILLOT, Supplément au Traité des accouchements, 1809.
- NÖEGELE et GRENSER, Traité pratique des accouch., 1880.
- OLSHAUSEN UND VEIT. (Lehrbuch der Geburtshülfe, 1899.)
- PELAPRAT, des Hémorr. puerpérales secondaires. (Thèse Paris, 1882.)
- PEU, la Pratique des accouchements, 1694.
- PLAYFAIR, Manuel théor. et prat. des accouch., 1879.
- PORTAL, la Pratique des accouchements, 1685.
- PUZOS, Traité des accouch., 1759.
- QUEIREL, Société obstétric. de France, 1892.
- RATIER, Emploi avantageux de la compression de l'aorte ventrale dans un cas d'hémorr. utérine très grave. (Bullet. de therap., 1836, p. 178.)
- RIBEMONT-DESSAIGUES, Précis d'obstétrique, 1898.
- SAVA, Traitement des hémorr. post-partum. (Courrier médic., 1898. p. 264 ; Semaine médic., 1898. Annexes, p. CXXXIV.)

SCHROEDER, Manuel d'accouch., 1874.)

SÉJOURNET, Du traitement des héorrh. post partum (Ann. de Gynécologie, 1888.)

SILVESTRE, des Accidents provoqués par les injections intra-utérines employées en accouch. (Thèse Paris, 1892.)

SIMPSON, Clinique obstétricale (trad. de Chantreuil), 1874.

SOULAGNES, Traitement par expression de l'héorrh. post partum par inertie utérine. (Nouveau Montpellier méd., 1895, p. 43.)

TANGUY, de l'Héorrh. puerpérale et ses diverses modes de traitement, en particulier par la faradisation. (Th. Paris, 1881.)

CARNIER et BUDIN, Traité des accouch., t. IV, 1901.

VELPEAU, Traité complet de l'art des accouch. 1835.

TABLE

PRÉFACE	5
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — De l'hémorragie après la délivrance ; diagnostic de l'inertie utérine ; ses causes	11
CHAPITRE II. — Les différents traitements ; de l'hémorragie après la délivrance autres que la compression utérine (étude critique).	21
CHAPITRE III. — De la compression externe de l'utérus ; historique ; inconvénients des différentes méthodes.	39
CHAPITRE IV. — De la compression pubio-manuelle	61
OBSERVATIONS.	67
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE	79

